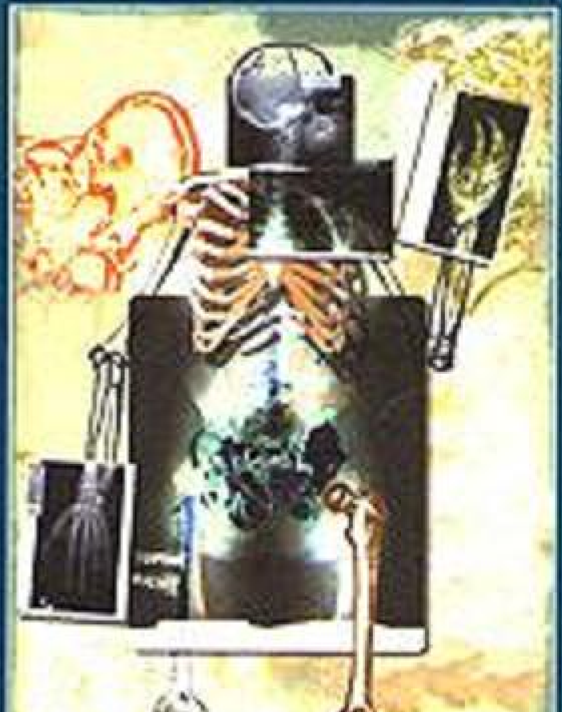
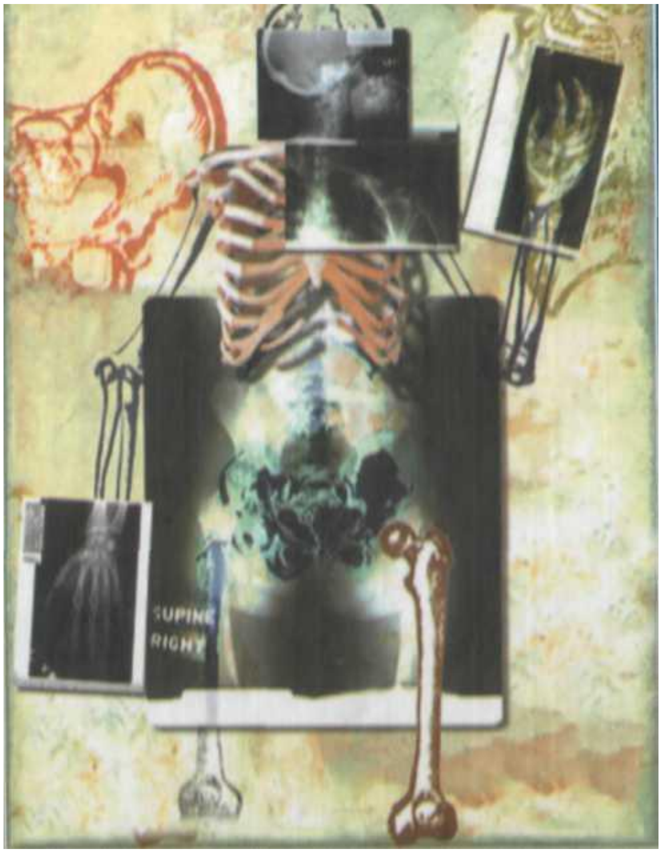
Медицина для вас



СПРАВОЧНИК ПАТОЛОГОАНАТОМА

ФЕНИКС

Медицина для вас



СПРАВОЧНИК ПАТОЛОГОАНАТОМА

ФЕНИКС
Ростов-на-Дону, 2004

Рецензенты:

главный патологоанатом Департамента охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области, начальник областного патологоанатомического бюро, доктор медицинских наук А.Т. Жук и заведующий кафедрой социальной медицины, экономики и организации здравоохранения ГИДУВа, начальник отдела реабилитации инвалидов Управления социальной защиты Администрации г. Новокузнецка, доктор медицинских наук, профессор, юрист А.З. Виноградов

Рыков В.А. Справочник патологоанатома / Серия «Медицина для вас». - Ростов н/Д: «Феникс», 2004. — 256 с.

В справочнике приведены основные нормативные акты, регулирующие секционный раздел работы патологоанатомической службы, ее штатное обеспечение, права, должностные и профессиональные обязанности, меры социальной защиты работников службы, дана оценка возможного наступления ответственности при нежелательных результатах оказания патологоанатомической помощи.

В соответствии с МКБ-10, приведены требования для установления клинического и патологоанатомического диагнозов, правила сличения диагнозов, кодирования (шифровки) заболеваний и оформления медицинского свидетельства о смерти.

Справочник предназначен для работников патологоанатомической службы и для врачей-организаторов здравоохранения, он будет полезным для врачей-клиницистов широкого профиля, работников страховых организаций и правоохранительной системы и может быть использован в качестве справочного пособия для обучения студентов медицинских ВУЗов, при повышении квалификации врачей-патологоанатомов и организаторов здравоохранения, а также для широкого круга читателей, интересующихся данными медико-правовыми проблемами.

ОТ АВТОРА

Работа врачей-патологоанатомов охватывает всю систему охраны здоровья населения и не замыкается в рамках только своей профессии, поэтому они должны обладать знаниями по всем медицинским специальностям.

Особые требования предъявляются к достоверности оформления медицинского свидетельства о смерти и патологоанатомического диагноза, который недаром обозначается как «окончательный диагноз». Согласно действующему законодательству России, отменить патологоанатомический диагноз без согласия врача-патологоанатома можно только после проведения независимой медицинской экспертизы и по решению суда (ст. 53 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»). Это накладывает, большую ответственность на работников патологоанатомических учреждений по соблюдению правовых норм. Поэтому, в справочнике приведены не только нормативные акты, регулирующие работу патологоанатомических учреждений, но и представлены правила оформления и кодирования патологоанатомического диагноза, свидетельства о смерти, а также приведены права, должностные и профессиональные обязанности, ответственность и меры социальной защиты работников службы.

При возникновении нежелательных результатов оказания медицинской помощи все чаще стали предъявляться иски к медработникам с требованием возмещения материального ущерба и компенсации морального вреда. От компетентности врача-патологоанатома в этих случаях во многом зависит справедливое разрешение конфликта. Смею надеяться, что приведенные в книге нормативные акты и их правовой анализ позволит оперативно решать возникающие проблемы при осуществлении патологоанатомических вскрытий.

Все нормативные документы получены из общероссийской сети распространения правовой информации « Консультант-плюс ».

Считаю себя обязанным выразить искреннюю благодарность и признательность глубокоуважаемым рецензентам д.м.н. А.Г. Жуку и д.м.н., проф. А.З. Виноградову, товарищам по работе за ценные советы и критические замечания, которые значительно облегчили работу над справочником. Хочу поблагодарить К.В. Рыкова за помощь в компьютерной подготовке рукописи. Приму все замечания читателей справочника и заранее их благодарю.

Искреннюю признательность приношу коллективу издательства «Феникс».

Начальник городского патологоанатомического бюро и заведующий кафедрой патологической анатомии Новокузнецкого ГИДУВА, канд. мед. наук, доцент

В.А. Рыков

г. Новокузнецк 31 июля 2003 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Справочник написан врачом-патологоанатомом с 33-летним опытом практической, педагогической и научно-исследовательской работы, также имеющим юридическую подготовку в области «медицинского права».

Впервые приведены основные нормативные акты, регулирующие работу патологоанатомических учреждений (формирование штатного расписания, должностные и профессиональные обязанности медицинского персонала, особенности начисления зарплаты и пенсионного обеспечения работников и др.).

В книге представлен порядок проведения патологоанатомических исследований, правил оформления медицинской документации, составления патологоанатомического диагноза, заключения о смерти и клинико-анатомического эпикриза, сличения (сопоставления) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, кодирования первоначальной причины смерти в соответствии с требованиями МКБ-10. Данный порядок основан на действующих Законах и нормативных подзаконных актах.

Много внимания в книге автором уделено анализу структуры МКБ-10, правилам кодирования первоначальной причины смерти и заполнения медицинского свидетельства о смерти, оформления патологоанатомического диагноза при моно-, би- и мультикаузальном генезе смерти. Эти главы богато иллюстрированы примерами из практики.

Уникальной особенностью справочника является проведенный автором анализ нежелательных результатов, возникающих при оказании медицинской помощи, как с медицинской, так и правовой позиций.

В связи с тем, что Законом установлено право родственников и/или законных представителей умерших на отказ от патологоанатомического вскрытия (ст. 48 Основ Законодательства об охране здоровья граждан; ст.5 Закона о погребении и похоронном деле), то, при невозможности выдать медицинское свидетельство о смерти без вскрытия, нередко стали возникать между родственниками покойных и врачами. Приведенные в книге нормативные документы и их правовой анализ позволяют разрешать эти конфликты в рамках правового воля.

Учитывая, что патологоанатомическая служба является важнейшей диагностической службой любого медицинского учреждения, так как она проводят анализ качества прижизненной диагностики и лечения больных и обеспечивает формирование достоверной государственной статистики смертности, то появление справочника своевременно и актуально.

Справочник предназначен для работников патологоанатомических учреждений и для врачей - организаторов здравоохранения, но он будет полезным для врачей-клиницистов широкого профиля, работников страховых организаций и правоохранительной системы. Его следует использовать в качестве справочного пособия при обучении студентов медицинских ВУЗов и при повышении квалификации врачей-патологоанатомов, организаторов здравоохранения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АМ — аутопсийный (трупный) материал

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ВС РСФСР — Верховный Совет РСФСР ПС — Гражданский Кодеке Российской Федерации Госкомсанэпиднадзор — Государственный Комитет но санитарно-эпидемиологическому надзору Российской Федерации

Закон РФ — Закон Российской Федерации КАК — клинико-анатомическая конференция

КИЛИ — комиссия по изучению летальных исходов

КоАП — Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях

ЛКК — лечебно-контрольная комиссия

ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение

МЗ РФ — Министерство здравоохранения Российской Федерации

МЗМП РФ — Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федераций

МЗ СССР — Министерство здравоохранения СССР

Минтруд — Министерство труда и социального развития Российской Федерации

МРОТ — минимальный размер оплаты труда

ОБМ — операционно-биопсийный материал

ООН — особо опасные инфекции

ПАБ — патологоанатомическое бюро

ПАО — патологоанатомическое отделение

ПАС — патологоанатомическая служба

РАМН — Российская Академия медицинских наук

СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита человека

ТК — Трудовой Кодекс Российской Федерации

УК — Уголовный Кодекс Российской Федерации

ФЗ — федеральный закон

ФОМС — Фонд обязательного медицинского страхования

ЦМ — цитологический материал

ВВЕДЕНИЕ

Патология как учение о страданиях является биологической наукой, которая изучает ответ организма на различные повреждающие моменты. Поэтому она предназначена для познания, диагностики и дифференциальной диагностики различных заболеваний и использует для этого современные достижения для изучения изменений в организме при его заболеваниях (травмах). Хотя отдельные вопросы могут уточняться другими специалистами (биохимиками, генетиками, бактериологами, микробиологами, клиницистами и др.), но только на долю врача-патолога выпадает общая задача синтеза всех данных и их интерпретации для установления заболевания и раскрытия его сущности, выявления особенностей течения болезни, адекватности проведенной в клинике диагностики и лечения заболевания.

Широкое внедрение тонких методов исследования больного организма, когда можно прижизненно «заглянуть» в любую ткань или орган, неоднократно ставит под сомнение необходимость в проведении патологоанатомического вскрытия. Однако каждому здравомыслящему врачу ясно, что лишь комплексное патологоанатомическое исследование организма умершего человека позволяет клинике получить практически все ответы на прижизненно возникающие вопросы: в чем причины неблагоприятного исхода (тяжесть заболевания, неточная диагностика, неадекватное лечение и др.) и кто виноват в таком исходе — врач, ЛПУ или сам больной?

В правовом государстве решение этих вопросов осуществляется в материальной плоскости: при установлении вины лечащего врача и/или ЛПУ они обязаны материально возмещать причиненный ущерб; если нет вины врачей (и/или ЛПУ), то, значит, такова судьба данного умершего в виде обстоятельств непреодолимой силы.

Патологоанатомическая служба (ПАС) выполняет диагностическую, экспертную, информационную, научно-исследовательскую и обучающую, ритуальную и медико-правовую функции.

Диагностическая функция является главенствующей, ибо морфологическая диагностика патологических процессов и заболевании у живых пациентов занимает примерно 70-75% рабочего времени работников ПАС, что позволяет обеспечивать лечебно-диагностический процесс в ЛПУ независимо от их организационно-правовой формы.

Функция экспертизы заключается в том, что патологоанатомическое вскрытие устанавливает окончательный диагноз болезни и первоначальную причину смерти больных, которые должны точно соответствовать МКБ-10, носить императивный характер, так как для статистического учета и судебно-правовых позиций требуется определение только первоначальной причины смерти. Поэтому на врачей-патологоанатомов возложена функция по шифровке первоначальной причины смерти (Приказ МЗ РФ от 04.12.96 г., № 398).

При сличении посмертного заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов дается оценка качества прижизненной диагностики и лечения, устанавливается категория и причины расхождений диагнозов

(РД), что считается наиболее эффективным показателем качества диагностики и лечения больных в ЛПУ. Необходимость разбора РД на КИЛИ, ЛКК, КАК регламентирована приказами МЗ РФ.

Учреждения ПАС обеспечивают органы управления здравоохранением информацией о структуре смертности, о выявленных случаях острых инфекционных, заразных заболеваний, в т. ч. туберкулеза, ВИЧ-инфекции и СПИДа, ООИ и др.

Проведение патологоанатомического вскрытия является эффективным методом изучения причин смерти человека и обеспечивает формирование содержания «танатологии» как учения о смерти (Г.В. Шор, 19.25). Поэтому присутствие лечащих врачей при проведении патологоанатомических вскрытий является необходимым, что позволяет на месте выявить и определить причины недостатков, имевшихся при диагностике "и лечении больных, обеспечивая тем самым повышение квалификации врачей-клиницистов.

Учитывая, что в большинстве случаев трупы умерших в ЛПУ больных задерживаются в моргах на несколько дней, то оказание ритуальных услуг родственникам (законным представителям) умерших является необходимым. С учетом требований Закона «О погребении и похоронном деле», в каждом муниципальном образовании существуют свои правила оказания моргами таких услуг, согласно Закону от 28.08.95 г., № 154 «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ».

Де-юре медико-правовая функция не относится к официальным функциям ПАС. Однако, учитывая, что нередко жалобы, заявления и иски, пациентов и их родственников основываются на заключениях врачей-патологоанатомов, то всем работникам ПАС следует знать основы «медицинского права» и не допускать, чтобы их неосторожные высказывания послужили почвой для возникновения необоснованных обвинений врачей-клиницистов.

Таким образом, многообразие функций ПАС объективно определяет ее как одну из важнейших служб здравоохранения, обеспечивающую, с одной стороны, достоверность государственной статистики причин смертности, и, тем самым, способствующую более точной адресной ориентации финансовых средств, направляемых государством на охрану здоровья своего населения, а, с другой стороны, осуществляющую наиболее точную диагностику заболеваний и являющуюся последним «рубежом» законной защиты врачей-клиницистов от необоснованных претензий пациентов, их родственников и/или законных представителей.

ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ

В Конституции РФ определены основные права и свободы человека и гражданина, в том числе — в области охраны его здоровья. В своей практической деятельности работники ПАС обязаны их соблюдать.

Основной правовой базой осуществления деятельности ПАС являются:

1. Закон от 22.07.93 г., № 5487-1 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (далее — Основы).

2. Закон от 12.01.96 г., № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (ЗоПиПД);

3. Закон от 22.12.92 г., № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (ЗоТОиТЧ).

4. Приказ МЗМП РФ от 29.04.94 г., № 82 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» (Приказ № 82).

В ст. 48 Основ «Проведение патологоанатомических вскрытий» установлено 5 правовых норм.

Статья 48. Проведение патологоанатомических вскрытий.

Патологоанатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания.

Порядок проведения патологоанатомических вскрытий определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации.

По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патологоанатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается членам семьи, а при их отсутствии — близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.

Членам семьи, близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля, с его согласия, для участия в патологоанатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьей 53 настоящих Основ.

Часть 1 ст. 48 гласит: «Патологоанатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания».

Законодатель точно определил цель патологоанатомических вскрытий: получение данных о причине смерти и диагнозе заболевания.

Секционный зал был, есть и всегда останется местом, где значение клинических параметров, симптомов и признаков болезней определенно и комплексно оценится, в связи с чем, патологическая анатомия остается фундаментом знаний о болезнях, без которого представления врачей о многих болезнях останутся необоснованными и неточными (П.Ф. Калитеевский, 1979; Г.Г. Автандилов, 1994). Следовательно, только на патологоанатомическом вскрытии достоверно устанавливается причина смерти и окончательный диагноз болезни.

Патологоанатомические вскрытия выполняются соответствующими специалистами с наличием у них (ст. 54 Основ):

- высшего медицинского образования (ч. 1 ст. 54 Основ);

- сертификата специалиста, полученного на основании послевузовского профессионального или дополнительного образования, или проверочного испытания про теории и практике данной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан (ч.2 ст. 54 Основ).

На врачей-патологоанатомов распространяются все правовые нормы, защищающие права пациентов, в т.ч. по охране сведений личного (конфиденциального) характера, включая сведения, относящиеся к предмету «врачебной тайны» (п. 1.6 ст. 30 и ст. 61 Основ; ст. 14 ЗоТОиТЧ; п. 4 Указа Президента РФ от 06.03.97 г., № 188; ст. 137 УК).

«Порядок проведения патологоанатомических вскрытий определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации» (ч. 2 ст. 48 Основ), поэтому данная норма реализуется на основании приказа МЗМП РФ от 29.04.94 г., № 82 (см. Приложение 1).

Этим приказом установлено, в каких случаях отмена вскрытий умерших в стационаре ЛПУ и вне стационара больных не допускается (п. 3 раздела 2 и п. 1.2 раздела 3 Приказа № 82):

1.При невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти в (или) непосредственной причине смерти, вне зависимости от продолжительности пребывания больного в стационаре.

2.При подозрении на передозировку или непереносимость лекарств или диагностических препаратов.

3. В случаях смерти:

♦ связанных с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий во время или после операций, переливания крови;

♦ от инфекционного заболевания или подозрении на него;

♦ от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

♦ от заболевания, связанного с последствиями экологических катастроф;

♦ беременных, рожениц и родильниц (включая последний день послеродового периода).

4. Требующих судебно-медицинского исследования (см. также ст. 52 Основ).

5. Умерших в ЛПУ новорожденных и мертворожденных, массой 500 г. и более (п. 1 раздела 4 Приложения к Приказу № 82). .

6. Умерших в ЛПУ детей в возрасте от 7 суток до 14 лет включительно (п. 1 раздела 5 Приложения к Приказу № 82).

7. Умерших вне стационара детей при следующих обстоятельствах (п. 4 раздела 5 Приложения к Приказу № 82):

♦ от инфекционного заболевания или при наличии подозрения на него;

♦ от онкологических заболеваний при отсутствии гистологической верификации опухоли;

♦ при заболеваниях, связанных с последствиями экологических катастроф;

♦ при синдроме «внезапной смерти с максимальным гистологическим и бактерио-вирусологическим изучением органов.

В ч. 3 ст. 48 определено, что «По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патологоанатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации».

Законодатель ставит (ч. 3 ст. 48 Основ и п. 1 ст. 5 ЗоПиПД) возможность проведения вскрытий в зависимости от волеизъявления покойного, высказанного прижизненно, или решения его родственников и/или иных законных представителей.

Данную правовую норму хорошо знают родственники умерших, которые нередко требуют выдачи тел без проведения вскрытия, но им мало известна предыдущая норма (см. ч. 2 ст. 48 Основ), когда вскрытия проводится без их согласия, и о наличии 3-х обстоятельств, при которых вскрытие также нельзя отменить:

♦ нет формально определенного волеизъявления самого умершего, сделанного прижизненно, или заявления членов семьи о непроведении патологоанатомического вскрытия;

♦ есть подозрение на насильственную смерть;

♦ иное не предусмотрено Законодателем.

Следовательно, согласно п. 1.1. ст. 5 ЗоПиПД, волеизъявлением лица о достойном отношении к его телу после его смерти, включая согласие или несогласие быть подвергнутым патологоанатомическому вскрытию, является пожелание, выраженное в устной форме в присутствии свидетелей или письменной форме (В.А. Рыков, 2003).

Иное основание, определенное Законом, заключается в том, что патологоанатомические вскрытия не подлежат отмене в случаях, отнесенных к ведению МЗ РФ (см. выше ч. 2 ст. 48 Основ).

Часть 4 ст. 48 устанавливает, что «Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается членам семьи, а при их отсутствии— близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию». Свидетельство о смерти (ф. № 106/у-

98; ф. № 106-2/у-98 — см. Приказ МЗ РФ от 07.08.98г., №241) выдается членам семьи, близким родственникам или законному представителю. К кругу членов семьи относятся (п. 50 Закона от 20.11.90 г., № 340-1; п. 3 ст. 5 ЗоПиПД): супруг (жена, муж) и дети; отец, мать; родные братья, сестры и внуки; усыновленные, усыновители; дедушка и бабушка.

Свидетельство о смерти, помимо членов семьи и близких родственников, могут получить любые лица, указанные исполнителями волеизъявления умершего при их согласии взять на себя обязанность исполнить волеизъявление умершего, а также представители специализированной службы по вопросам похоронного дела при мотивированном отказе указанных лиц от исполнения данной обязанности (ст. 6 ЗоПиПД).

При требовании родственников (законных представителей) выдать тело умершего без патологоанатомического вскрытия при заболеваниях и состояниях, указанных в Приказе № 82, согласно ч. 2 ст. 48 Основ, врачи-патологоанатомы имеют право на отказ в оформлении, в таком случае, медицинского свидетельства о смерти; родственники должны быть об этом информированы.

В ч. 5 ст. 48 определено; «Членам семьи, близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля, с его согласия, для участия в патологоанатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьей 53 настоящих Основ».

В соответствии с этой правовой нормой, граждане имеют право на производство независимой медицинской экспертизы при их несогласии с результатами патологоанатомического вскрытия (ч. 1 ст. 53 Основ). Законодатель установил, что экспертиза признается независимой (ч. 2 ст. 53 Основ), если производящие ее эксперт (либо члены комиссии) не находятся:

♦ в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу;

♦ в зависимости от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Утверждение Положения о независимой медицинской экспертизе отнесено к ведению Правительства России (ч. 3 ст. 53. Основ).

Граждане имеют право на выбор экспертного учреждения и экспертов (ч. 4 ст. 53 Основ). В конфликтных случаях окончательное решение по заключению медицинской экспертизы выносится судом (ч. 5 ст. 53 Основ).

Следовательно, независимая медицинская экспертиза {ст. 53 Основ) имеет право на установление своего варианта диагноза, но и она не имеет полномочий для отмены патологоанатомического диагноза. И только суд может вынести окончательное решение при рассмотрении результатов работы независимой медицинской экспертизы и отменить патологоанатомический диагноз (ч. 5 ст. 53 Основ).

Согласно п. 1 ст. 5 ЗоПиПД о достойном отношения к телу умершего человека, в его волеизъявлении, сделанном им прижизненно, помимо согласия или несогласия быть подвергнутым патологоанатомическому вскрытию, может быть указано также согласие или несогласие на изъятие органов и (или) тканей из его тела.

Действия, согласно п. 2 ст. 5 ЗоПиПД, по достойному отношению к телу умершего, должны осуществляться в полном соответствии с волеизъявлением умершего, если не возникли обстоятельства, при которых исполнение волеизъявления умершего невозможно, либо иное не установлено законодательством России. К ним относятся те обстоятельства, которые установлены Приказом №82.

При отсутствии волеизъявления умершего, право на разрешение действий, указанных в п. 1 ст. 5 ЗоПиПД, имеют супруг, близкие родственники, иные родственники либо законный представитель умершего, а при отсутствии таковых, иные лица, взявшие на себя обязанность осуществить погребение умершего (п. 3 ст. 5 ЗоПиПД).

Статей 6 ЗоПиПД определено, что исполнителями волеизъявления умершего являются лица, указанные в его волеизъявлении, но при их согласии взять на себя обязанность исполнить волеизъявление умершего. В случае отсутствия в волеизъявлении умершего указания на исполнителей его волеизъявления либо в случае их отказа от исполнения волеизъявления умершего, оно осуществляется супругом, близкими родственниками, иными родственниками либо законным представителем умершего. В случае мотивированного отказа кого-либо из указанных лиц от исполнения волеизъявления умершего оно может быть исполнено иным лицом, взявшим на себя обязанность осуществить погребение умершего, либо осуществляется специализированной службой по вопросам похоронного дела; им гарантируется выдача социального пособия на погребение, но не более 10 МРОТ (ст. 10 ЗоПиПД) и др.

Правовое регулирование изъятия органов и/или тканей человека для трансплантации устанавливается ст. 47 Основ» правовые нормы которой в отношении трупов конкретизируются в ст. ст. 8-10 ЗоТОиТЧ.

Приводим ст. 47 Основ полностью.

Статья 47. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантация.

Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок. Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской федерации.

Частью 1 ст. 47 установлено: «Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации». Законодатель установил Презумпцию несогласия на изъятие органов и/или тканей, что также определено и ст. 8 ЗоТОиТЧ: «Изъя-

тие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия доставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту».

Комментируя данную правовую норму, можно отметить, что если формально несогласие не было высказано, то возможно изъятие органов и тканей для трансплантации. Нередко возникают правовые коллизии в тех случаях, когда пострадавший находится в бессознательном состоянии и родственники не знают о приключившейся с ним беде, поэтому никто из них не может выразить свое несогласие (или согласие) на изъятие, органов и/или тканей. В связи с этим, ряд авторов говорят о необходимости внесения в Закон «презумпции согласия», т.е. допустимости изъятия органов и тканей только при наличии документально оформленного согласия на изъятие, а отсутствие такого автоматически считается «несогласием» (В.И. Акопов, Г.Н. Маслов, 2002). Это обеспечит телесную неприкосновенность после смерти, придаст исключительное право личности или его родственников (законных представителей) на определение судьбы тела после смерти, снизит потенциальную возможность криминализации и усилит пошатнувшееся уважительное отношение к телу человека после его смерти (С.Г. Стеценко, 2000).

Изъятие органов и (или) тканей у трупа производится с разрешения главного врача ЛПУ лишь при условии соблюдения требований настоящего Закона (ч. 1 ст. 10 ЗоТОиТЧ). В случае проведения судебно-медицинского исследования, разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа должно быть дано и судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора (ч. 2 ст. 10 ЗоТОиТЧ); при этом изъятие органов допускается, если это не препятствует правильной диагностике при первоначальном или повторном судебно-медицинском исследовании трупа.

Законом установлено, что органы и/или ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации» если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов (ст. 46 Основ; ч. 1 ст. 9 ЗоТОиТЧ). Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели головного мозга (ч. 2 ст. 9 ЗоТОиТЧ). Процедура установления смерти мозга утверждена Приказом МЗ и РАМН РФ от 02. 04. 2001г., № 100/30, а также Приказом МЗ РФ от 04.03.03 г., № 73.

В диагностике смерти, в случае предполагаемого использования в качестве донора умершего, запрещается участие врачей-трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею (ч. 3 ст. 9 ЗоТОиТЧ).

«Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок» (ч. 2 ст. 47 Основ). Учреждению здравоохранения, которому разрешено проводить операции по забору и заготовке органов и/или тканей у трупа, запрещается осуществлять их продажу (ч. 1 ст. 15 ЗоТОиТЧ), за исключением препаратов и пересадочных материалов, для приготовления которых использовались тканевые компоненты (ч. 2 ст. 15

ЗоТОиТЧ). **«Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации*** (ч. **4** ст. 47 Основ).

На основании Закона от 28.08.95 г., № 154-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ», организация ритуальных услуг и содержание мест захоронения отнесены к полномочиям органов местного самоуправления (п. 1.18 ст. 6). За нарушение данного Закона (ст. 30 ЗоПиПД) устанавливается ответственность: уголовная (ст. 244 УК), административная (ст. 5.41 КоАП) и иная (ст. 1094 ГК).

Таким **образом,** знание и использование регламентирующих работу ПАС правовых актов, согласно ст. 54 . Основ, является необходимым для выполнения должностных и профессиональных обязанностей врачами-патологоанатомами, что обеспечит их работу в рамках правовою поля и даст возможность законной защиты своих интересов.

Глава II
ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Во времена Союза ССР осуществление медицинской деятельности было защищено ведомственными барьерами. При демократизации Российского государства и общества, врачи-патологоанатомы и иные работники патологоанатомической службы (ПАС) оказались мало подготовленными к правовому регулированию своей профессиональной деятельности.

В Основах (Закон от 22.07.93 г., № 5487-1) установлено, что одной из задач законодательства России в деле охраны здоровья граждан является «определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты» (п. 4 ст. 4).

I. Профессиональные права.

Профессиональные права и меры социальной защиты работников здравоохранения при выполнении ими своих обязанностей, оплата их труда, льготы и компенсации установлены в Основах (п. 4 ст. 4; ч. 1.14 ст. 5; ч. 1ДЗ ст. 6; ст. 21; ст. ст. 54-64), а также в иных Законах России *(например,* ст. 22 Закона о психиатрической помощи; ст. 15 Закона о туберкулезе; ст. ст. 21-;22 Закона о ВИЧ-инфекции).

Основные *права* медицинских работников, в т.ч. работников ПАС, установлены в ст. 63 Основ, которые заключаются в следующем.

1. *Право* врачей на обеспечение достойных условий работы и охрану труда (ч. 1.1 ст. 63 Основ) является *обязанностью* государства и регламентировано Конституцией России (п. 2 ст. 7; п. 3 ст. 37; п. 1 ст. 41; ст. 42).

В главе 33 (ст. ст. 209-210) и главе 34 (ст. ст. 211-|215) ТК конкретизированы требования правовых норм Конституции России в деле охраны труда и обеспечения безопасных условий работы врачей-патологоанатомов; специальной главой 36 ТК (ст. ст. 219-231) определено обеспечение прав работников на охрану их труда в безопасных условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены.

Правила охраны труда работников ПАС детально разработаны А.Г. Жуком и соавт. (2001).

Лица, работающие во вредных и опасных условиях труда, обеспечиваются специальной одеждой и обувью, средствами индивидуальной защиты (Постановление Минтруда от 18.12.98 г., № 51; Письмо МЗ от 18.03.99 г., № 2510/2952-99-32), им бесплатно вдается молоко или равноценные пищевые продукты (письмо МЗ СССР от 17.02.88 г., № 06-14/7-14). Постановлением Правительства РФ от 29.11.02 г., № 849 установлен порядок утверждения норм и условий бесплатной выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, молока и других равноценных пищевых продуктов.

2. *Право* на работу по трудовому договору или контракту (ч. 1.2 ст. 63 Основ) регулируется Конституции ТК, иными Законами, нормативными актами субъектов Федерации, ведомственными приказами и распоряжениями, коллективными договорами, в соответствии с единым правовым режимом для всех граждан России, в т.ч. с использованием бригадной формы организации и оплаты труда (Письмо МЗ СССР от 27.11.87 г., № 02-04/112-14).

3. *Право* на защиту профессиональной чести и достоинства врачей (ч. 1.3 ст. 63 Основ) регулируется Конституцией РФ (п. 1 ст. 45; п. 2. ст. 45; и. 1 ст. 46; п. 1 ст. 21), причем вышеперечисленные нрава не подлежат ограничению даже в условиях чрезвычайного положения (п. 3 ст. 56 Конституции). Нематериальные блага, к которым относится честь и достоинство (их перечень приведен в ст. 150 ГК), защищаются ст. ст. 151-152; ст. ст. 1099-1101 ГК.

4. *Право* на получение квалификационных категорий при достижении специалистами здравоохранения с высшим и средним профессиональным образованием определенного уровня профессиональной подготовки обеспечивается прохождением аттестации (ч. 1.4 ст. 63 Основ).

В настоящее время действует Приказ МЗ РФ от 09.08.01 г., № 314, которым утверждено «Положение о порядке получения квалификационных категорий специалистами, работающими в системе здравоохранения РФ», а порядок его применения на практике определяется Письмом МЗ РФ от 13.11.01 г., № 2510/11568-01-32.

К аттестации допускаются лица, имеющие высшее и среднее медицинское образование, обязательно прошедшие повышение квалификации в учреждениях последипломного образования (ч. 1.5 ст. 63 Основ), не реже 1 раза в 5 лет и получившие право на занятие медицинской деятельностью в учреждениях здравоохранения независимо от формы собственности. Это же право имеют лица с высшим немедицинским образованием, допущенные в установленном порядке к медицинской деятельности и занимающие врачебные должности в ЛПУ (зоологи, биологи, физики, электромеханики и др.). Аттестация проводится в соответствии с номенклатурой специальностей, утверждаемой МЗ РФ, согласно Постановления Правительства РФ от 03.06.97 г., № 659.

Приказом МЗ РФ от 27.08.99 г., № 337 (в ред. От27.08.99г., №337 в ред. от 16.08.2002 г., № 267) под кодом «040113» утверждена специальность «патологическая анатомия», требующая базового высшего медицинского образования «лечебное дело».

Квалификация специалистов определяется аттестационными комиссиями, которые создаются при органах управления здравоохранения субъектов Федерации по 3-м категориям (второй, первой и высшей) на основе тестовых экзаменов, подготовки претендентом аттестационной работы за последние 3 года работы (в работе дается анализ своих достижений, отделения и ЛПУ); для среднего медицинского персонала — за 1 год работы. Аттестационная работа подается за 3 месяца до окончания сроков действия категории, она рецензируется областными специалистами, затем проводится собеседование с членами аттестационной комиссии. Категории присваиваются по специаль-

ностям на 5 лет как по основной, так и совмещаемой должностям (Приказ МЗ РФ № 314).

Согласно Письму МЗ РФ от 13.11.01 г., № 2510/ 11568-01-32 право на присвоение 2-й категории имеют специалисты с высшим профессиональным образованием и со стажем работы по аттестуемой специальности не менее 3 лет, первой — 7 и высшей — 10 лет; специалистам со средним профессиональным образованием вторая категория присваивается при стаже работы не менее 3-х лет, первая — 5 и высшая — 7 лет.

Беременные женщины и матери, находящиеся в отпуске по уходу за детьми до 3-х лет, освобождаются от очередной переаттестации и этот срок переносится на 3 года после выхода на работу; имеющаяся категория сохраняется на весь этот срок. Такое же право имеют и инвалиды.

У врачей-руководителей, в первые 3 года их работы в руководящей должности, сохраняется имеющаяся врачебная категория, а затем им должна быть присвоена категория по специальности «Социальная гигиена и организация здравоохранения» (Приказом МЗ РФ от 26.05.03 г., № 219 «О внесении изменений в Приказ МЗРФ от 27.09.99 г., № 337» наименование этой специальности заменено на «организация здравоохранения и общественное здоровье» — Приложения 1 и 2 данного Приказа). Доктора медицинских наук, занимающиеся лечебно-профилактической работой, имеют право на заочное присвоение им высшей квалификационной категории.

При переходе специалистов на практическую работу в учреждения здравоохранения с выборных должностей из органов законодательной власти, профсоюзных органов, общественно-профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций за ними сохраняется в течение 1 года ранее полученная квалификационная категория, а для ее подтверждения следует представлять отчет о работе по специальности за последний год на новом месте.

При ликвидации учреждений здравоохранения или сокращении штатной численности специалистам сохраняется в течение 1 года квалификационная категория, срок действия которой истекает на момент увольнения. Указанные специалисты, а также специалисты из бывших республик СССР, могут подтвердить имеющиеся, у них квалификационные категории по представлению в аттестационную комиссию отчета за 1 год работы на новом месте.

При получении квалификационных категорий врачами, средними медицинскими работниками, в т.ч. руководителями, другими специалистами с высшим и средним профессиональным образованием, в стаж работы по аттестуемой специальности засчитываются следующие периоды их работы:

♦ по специальности, в учреждениях здравоохранения и организациях, независимо от организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности;

♦ на выборных должностях в органах законодательной власти, профсоюзных органах, общественно-профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциациях, но не более срока, предусмотренного ст. 54 Основ для лиц, не работавших по своей специальности, т.е. не более 5 лет (ч. 5 и 6 ст. 54 Основ);

♦ по специальности, в государствах, бывших республиках СССР, и по контракту за рубежом в учреждениях и организациях, независимо от форм собственности;

♦ научным работникам и профессорско-преподавательскому составу медицинских научных организаций и образовательных учреждений высшего профессионального образования, занятых лечебно-диагностической работой в порядке, предусмотренном Постановлением Правительства РФ от 08.10.93 г., № 1002.

Кроме того, в стаж но аттестуемой специальности могут быть включены периоды:

♦ обучения в клинической ординатуре, аспирантуре и докторантуре по аттестуемой специальности;

♦ время, когда специалист не работал и был зарегистрирован на бирже труда как безработный;

♦ профессиональной подготовки (переподготовки) по направлению органов по труду и занятости;

• участия в оплачиваемых общественных работах с учетом времени, необходимого для переезда по направлению службы занятости в другую местность и для трудоустройства.

Приказом МЗ РФ от 19.08.97 г., № 249 (в ред. 19.01.99 г., № 18; от 06.02.01 г., № 33) утверждены Положения о специалистах со средним медицинским и фармацевтическим образованием (Приложение 3 к данному Приказу) и квалификационные характеристики специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием (Приложение 4 к данному Приказу). В этом Приказе установлено, что для работы в области гистологии могут использоваться специалисты со средним медицинским образованием, имеющие диплом по специальности «Лабораторная диагностика» и сертификат по специальности «Гистология» (п. 1.1 Приложения 3). Перечень соответствия специальностей, должностей и базового образования средних медработников определен Письмом МЗ РФ от 31.07.01 г., № 15-12/387.

5. *Право* медицинских работников на совершенствование профессиональных знаний (ч. 1.5 ст. 63 Основ), что также регламентируется ч. 4 ст. 196 ТК «В случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами, работодатель обязан проводить повышение квалификации работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности». В этом случае работодатель обязан создавать условия и предоставлять гарантии для совмещения работы с обучением при прохождении работниками профессиональной подготовки (ч. 5 ст. 196 ТК).

6. *Право* специалистов на переподготовку по другой специальности за счет средств бюджетов всех уровней (ч. 1.6 ст. 63 Основ), если по состоянию здоровья медицинские работники не могут выполнять профессиональные обязанности, а также при сокращении численности или штата. Частью 3 ст. 63 Основ установлено, что порядок переподготовки, совершенствования профессиональных знаний и получения ими квалификационных категорий

определяется в соответствии с настоящим Законом и иными правовыми актами (ст. 197 ТК).

7. *Право* медицинских работников на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей, закреплено в ч. 1.8 ст. 63 Основ; ч. 3 ст. 4 Закона о страховании; п. 1 ст. 931 ГК, но оно является декларативным, ибо нет Закона о социально-правовой защите и страховании такой профессиональной ошибки (Б.Э. Бобров и соавт., 1998; В.И. Акопов, Е.Н. Маслов, 2002).

Это право является чрезвычайно важным для работников ПАС, так как при оказании экстренной помощи (например, при исследовании экспресс-биопсий) возможны ошибки, в результате которых может быть нанесен ущерб здоровью и жизни пациента с возникновением судебной ответственности. Эта проблема требует безотлагательного решения.

8. *Право* на беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки граждан в ближайшее ЛПУ в случаях, угрожающих их жизни (ч. 1.8 ст. 63 Основ).

9. *Право* на первоочередное получение жилых помещений, установку телефона, предоставление их детям мест в детских дошкольных и санаторно-курортных учреждениях, приобретение на льготных условиях автотранспорта, используемого для профессиональных обязанностей при разъездном характере работы и иные законные льготы, предусмотренные законодательством России и субъектов Федерации (п.. 1.8 и 1.9 ст. 63 Основ). Реализация этого права недостаточна.

10. Врачи, работники со средним медицинским образованием государственных и муниципальных ЛПУ, проживающие и работающие в сельской местности и поселках городского типа, включая членов их семей, имеют *право* на бесплатное получение квартир с отоплением и освещением, в соответствии с действующим законодательством (ч. 2 ст. 63 Основ).

Кроме прав медицинских работников, определенных в ст. 63 Основ, ряд прав установлен в других статьях Основ (ч. 4 ст. 21; ч. 3 ст. 28; ч. 2 и 3 ст. 33; ст. 34; ст. 46; ст. 48; ст. ст. 49-52; ст. 53; ст. 54; ст. 56; ст. 57-59; ст. 62), а также иных Законах России.

Эти права заключаются в следующем (для отличия дадим иную нумерацию).

(1). *Право* на занятие медицинской деятельностью лиц, получивших соответствующее (высшее и среднее специальное) образование (ч. 1 ст. 54 Основ), а также сертификат специалиста по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан (ч. 2 ст. 54 Основ).

В период обучения врачи имеют *право* на работу в государственных и муниципальных ЛПУ под контролем медперсонала, который отвечает за их подготовку (ч. 3 ст. 54 Основ). Студенты средних и высших медицинских учебных заведений также могут участвовать в оказании медицинской помо-

щи в соответствии с программами обучения и под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку, в порядке, определенном МЗ РФ (ч. 3 ст. 54 Основ).

Лица, не имеющие законченного высшего медицинского образования, могут быть допущены к медицинской деятельности в должностям среднего медицинского персонала (ч. 4 ст. 54 Основ; п. 3 Приложения 2 к письму МЗ РФ от 31.07.01 г., № 15-12/387).

Врачи и средние медработники, не работавшие по своей специальности более 5-ти лет, могут быть допущены к практической деятельности лишь после прохождения профессиональной подготовки в соответствующих учебных учреждениях на основе проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных ассоциаций (ч. 5 и 6 ст. 54 Основ). Специалисты, получившие подготовку в иностранных государствах, допускаются к практической деятельности после сдачи соответствующего экзамена, а также после получения лицензии на занятие определенными в России видами деятельности (ч. 7 ст. 54 Основ), общий к и условия выдачи которых определяются ст. 55 Основ, а также Законом от 25.09.98 г., М 158-ФЗ.

(2). *Право* на получение лицензии, которая выдается государственными лицензионными комиссиями лишь определенный вид деятельности (ст. 55 Основ), а порядок выдачи лицензий устанавливается Законом от 25.09.98г., № 158-ФЗ и Постановлением Правительства РФ от 29.10.02 г., № 731.

Услуги по лицензированию ЛПУ, проводимые учреждениями санэпидслужбы, оказываются ими бесплатно (Приказ МЗ России от 18.03.02 г., № 85).

(3) *Право* представлять сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя в следующих случаях; этот список является исчерпывающим (ч. 4 ст. 61 Основ);

♦ в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

♦ при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

♦ по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

♦ в случае оказания помощи несовершеннолетнему до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

♦ при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате противоправных действий.

Согласно ч. 4 ст. 31 Основ, гражданин имеет право требовать предоставления ему копий медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, но, только в случае, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны (ч. 4 ст. 31 Основ; п. 2 ст. 24 Конституции РФ; ч. 3 ст. 2 Закона от 27.04.93 г., № 4866-1 «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан»). К «интересам третьей стороны» относятся сведения конфиденциального характера, в данном случае — состав-

ляющие предмет «врачебной тайны» (ст. 61 Основ; п. 4 Указа Президента РФ от 06.03.97 г., № 188).

Однако Основами не установлена обязанность врачей-патологоанатомов выдавать членам семьи или законным представителям копий протокола вскрытия или заключения о смерти (ч. 4 ст. 31 Основ).

Для избежания правовых конфликтов работникам ПАС следует помнить о том, что информация, содержащаяся в медицинских документах (история болезни, представленная для проведения вскрытия; само патологоанатомическое заключение и др.), составляет предмет «врачебной тайны» (ч. 5 ст. 31 Основ), что также установлено п. 4 Указа Президента России от 06.03.97 г., № 188. Передача данной информации производится с согласия самого больного, что регулируется ч. 1.9 ст. 30; ст. 31 и 61 Основ. Исключением являются 5 исчерпывающих оснований, предусмотренных ч. 4 ст. 61 Основ (см. выше).

(4). *Право* на создание профессиональных ассоциаций для защиты своих прав, развития медицинской практики, содействия научным исследованиям и решению иных вопросов, связанных с их профессиональной деятельностью (ст. 62 Основ).

Согласно ст. 62 Основ, ассоциации принимают участие в:

♦ разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;

♦ разработке стандартов качества медицинской помощи, программ подготовки и повышении квалификации работников, в присвоении им квалификационных категорий;

♦ лицензировании медицинской и фармацевтической деятельности;

♦ соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС и деятельности фондов ОМС.

Профессиональные медицинские ассоциации субъектов Российской Федерации могут проводить проверочные испытания работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им сертификат специалиста, а также вносить предложения о присвоении им квалификационных категорий. На практике положения ст. 62 Основ не реализованы.

(5). *Право* на периодические медицинские осмотры (ч. 1 ст. 21 Основ; ст. 34 Закона о санэпидблагополучии; ст. 212 и ст. 213 ТК). При этом работодатель несет ответственность за выделение средств на проведение обязательных и периодических медицинских осмотров (ст. 212 ТК; ч. 4 ст. 21 Основ).

Необходимость таких осмотров обусловлена тем, что работники ПАС имеют постоянный контакт с источниками повышенной опасности (АМ, ОБМ и ЦМ, агрессивные химические вещества и др.), поэтому периодичность их медицинских осмотров устанавливается не реже 1 раза в год (перечень вредных факторов и опасных работ определен совместным Приказом МЗ РФ № 280 Госкомсанэпиднадзора РФ № 88 от 05.10.95 г.; Приказом МЗ РФ от 14.03.96 г., № 90 Приказом МЗ РФ от 10.12.96 г., № 405).

При отказе от медосмотра работники не должны допускаться к работе (ст. 212 ТК; п. 4 ст. 34 Закона о санэпидблагополучии).

(6). *Право* врачей-патологоанатомов на отказ в выдаче свидетельства о смерти родственникам без вскрытия, при наличии законных оснований (ч. 2 ст. 48 Основ), при которых патологоанатомическое вскрытие должно обязательно проводиться (Приложение к Приказу МЗМП РФ от 29.04.94 г., № 82), если родственники требуют выдачи тела покойных в этих случаях без вскрытия на основании ч. 3 ст. 48 Основ.

(7). *Право* на установление момента смерти (ст. 46 Основ; ст. 9 Закона о трансплантации).

(8). *Право* врачей-патологоанатомов на участие в патологоанатомическом вскрытии в качестве эксперта со стороны родственников (законного представителя) умершего (ч. 5 ст. 48 Основ) и в работе независимой медицинской экспертизы по приглашению граждан, при их несогласии с заключением ведомственной экспертизы трупа (ч. 4 ст. 53 Основ).

II. Профессиональные обязанности.

Основными организационно-правовыми формами ПАС являются патологоанатомические бюро (ПАБ), что утверждено п. 2.2 Приложения Приказа МЗ РФ от 03.06.03 г., № 229, и патологоанатомические отделения (ПАО) в качестве структурных подразделений ЛПУ (Положения о ПАБ и ПАО см. в Приложении 2 и 3).

Права, которые по Закону получают пациенты (родственники, законные представители) при обращении их за медицинской помощью, одновременно порождают *обязанности* у работников ПАС, которые отражены в Приказах МЗ СССР и МЗ РФ (Приложения 4, 5, в, 7).

Ш. Ответственность.

Все неудачи, возникающие при оказании медицинской помощи, обозначаются как «дефекты» (И.В. Тимофеев, 1999; Ю.Л. Шевченко и соавт., 2000), «плохие исходы» (Р. Ригельман, 1994); «неблагоприятные исходы» (Ю.Д. Сергеев, СВ. Ерофеев, 2001); «нежелательные результаты» (В.А. Рыков, 2003); они самими пациентами или их родственниками обычно связываются с ненадлежащим лечением. *Например,* по данным Ю.Д. Сергеева и С.В. Ерофеева (2001) в 51-60% случаев наблюдалась негативная и безосновательная оценка пациентами качества медицинской помощи по таким медицинским специальностям как урология, офтальмология, нейрохирургия, оториноларингология.

Полный перечень дефектов при проведении медицинских мероприятий и причин, их обусловливающих, приведен И.В. Тимофеевым (1999, с. 591-595), Э.Л. Шевченко и соавт., 2000, с. 92).

Среди так называемых «дефектов» оказания медицинской помощи, мы предлагаем выделять следующие нежелательные результаты оказания медицинской помощи (НРОМП), имеющие четкую медицинскую и правовую ха-

рактеристики (А.З. Виноградов, 2001, 2002; А.З. Виноградов, В.А. Рыков, 2002; В.А. Рыков, 2002, 2003):

1. Несчастный случай.
2. Медицинская (врачебная) ошибка.
3. Медицинский деликт.
4. Ятрогенные заболевания (но они являются неблагоприятными последствиями вышеперечисленных НРОМП: несчастный случай, врачебная ошибка, медицинский деликт).

В зависимости от причин их возникновения у медработников могут быть различные виды ответственности (ст. 68 Основ).

Несчастный случай.

Несчастным случаем в медицинской практике считается неблагоприятный исход лечения больного в результате случайного стечения обстоятельств, которого нельзя было избежать даже при самом добросовестном отношении работников к своим должностным или профессиональным обязанностям, т.е. при наличии форс-мажорных обстоятельств или обстоятельств непреодолимой силы.

Причина ургентного состояния в этих случаях, как правило, является ясной и понятной для врачей (внешняя травма – травма со смертельным кровотечением; внутренняя – анормальная реакция на лечение с соблюдением всех стандартов; наркозная смерть при соблюдении всех правил; непредсказуемая смерть на операционном столе и др.).

Пример 1. Врач-патологоанатом не смог оказать больному неотложной помощи при «остром животе», как оказалось потом на вскрытии - при гангренозно-перфоративном аппендиците, и у него не было возможности доставить пациента в ЛПУ. Возникает ли у врача – патологоанатома (рентгенолога, судебного медика и др.) юридическая ответственность?

Очевидно, что в этом случае неблагоприятный исход следует относить к категории несчастного случая, ибо «ненадлежащее врачевание» в виде неоказания медицинской помощи было обусловлено обстоятельствами непреодолимой силы, которые объективно не позволили оказать надлежащую медицинскую помощь.

Это значит, что у врача-патологоанатома в этом случае отсутствует вина (в форме неосторожности — ст. 26 УК*),* так как для возложения ответственности необходимо наличие вины в любой форме, ибо объективное вменение (т.е. ответственность за невиновное причинение вреда) Законом не допускается (п. 2 ст. 5 УК; п. 1 1.5 КоАП; ч. 1 ст. 192 ТК). Поэтому возникновение тяжких последствий (смерть больного) вследствие бездействия врача было совершено невиновно (ст. 28 С) и для него не должна наступать какая-либо юридическая ответственность. Кроме того, его деяние было правомерным, хотя имеются вред и прямая причинно-следственная связь между его бездействием и наступившим вредом.

Таким образом, несчастный случай характеризуйся:

1. Отсутствием вины медработников в любой форме.

2. Отсутствием противоправности деяния медработников.

3. Вред жизни и/или здоровью пациента обусловлен самой непредсказуемой причиной ургентного состояния не связан с деяниями врачей.

4. Отсутствием причинно-следственной связи между деянием медработников и наступившим вредом жизни и/или здоровью больного.

В соответствии с законодательством России, вред, причиненный здоровью и/или жизни, должен быть возмещен в полном объеме (п. 1 ст. 1064; ст. 1084 ГК), но, если лицо, причинившее вред (в данном случае, врач-патологоанатом), докажет свою невиновность, то оно освобождается от возмещения вреда (п. 2 ст. 1064 ГК).

В Основах также установлена правовая норма о возмещении вреда здоровью, причиненного лишь виновно (ч.1 ст. 66 Основ).

Это значит, что несчастный случай не может считаться правонарушением, и поэтому для медработников не возникает наступления правовых (гражданских, административных, уголовных) последствий и причиненный вред не должен возмещаться врачом (п. 1 ст. 416 ПС). Однако каждый несчастный случай подлежит клинико-анатомическому разбору.

Врачебная (медицинская) ошибка.

На протяжение многих лет в понятие «врачебная ошибка» вкладывается настолько противоречивое содержание, что этот вопрос в медицинской и юридической литературе окончательно запутался. Диапазон вариантов понятия «врачебная ошибка» достигает диаметрально противоположных определений: от небрежных, недобросовестных неосторожных действий и приемов, до добросовестного заблуждения без признаков халатности и невежества.

Считается, что понятие **«врачебная ошибка»** не имеет должного теоретического обеспечения и является индифферентным в правовом отношении (Ю.Д. Сергеев, СВ. Ерофеев, 2001) и не предусматривает вины врача (В.И. Акопов, 2000; В.И. Акопов, Е.Н. Маслов, 2002). .

Обычно под врачебной ошибкой признается добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой медицинской науки и ее методов или в результате атипичного течения заболевания или недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживается элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества или как неправильное (ошибочное) действие и/или бездействие врача при выполнении им своих профессиональных обязанностей по диагностике болезни, организации и проведению лечебно-диагностических мероприятий (И.В. Давыдовский, 1941; В.Л. Коваленко, 1995; В.Л. Попов, Н.П. Попова, 1999; И.В. Тимофеев, 1999) или неправильный диагноз, лечение или врачебные действия на разных этапах болезни, возникающие по субъективной (недостаточное обследование больного, недоучет или переоценку клинических и анамнестических данных, заключений консультантов, лабораторных и других исследований) и объективной причине (кратковременность пребывания и тяжесть состояния больного, трудности диагностики из-за атипичности течения, недостаток материальных ресурсов) (В.В. Серов, 1999).

Пример 2. Для гистологического исследования были присланы фрагменты синовиальной оболочки с диагнозом: хронический синовиит с обострением. При гистологическом исследовании был выявлен хронический воспалительный процесс, гиперплазия складок синовиальной оболочки по типу виллезного синовиита, а также были отмечены фокусы сухого коагуляционного некроза типа казеозного с лимфоидной клеточной реакцией, но без типичных гигантских многоядерных клеток Пирогова-Лангханса и гранулем, что не позволило врачу-патологоанатому поставить диагноз туберкулезного синовиита.

Лишь спустя несколько месяцев у 35-летней женщины клинически был установлен правильный диагноз туберкулезного синовиита. Больная подала иск в суд с требованием возмещения вреда здоровью, причиненного несвоевременной диагностикой заболевания, в связи с чем было потеряно время для лечения туберкулеза и израсходованы немалые средства для неспецифической терапии; также были причинены иные убытки и упущенная выгода из-за болезни и др.; в иске было также требование о компенсации морального вреда (общая сумма иска 200 тыс. руб.). Врач-патологоанатом выступал в этом гражданском деле в качестве соответчика. При судебно-медицинской экспертизе наличие в описании гистологического препарата слов «некроз типа казеозного» убедил экспертов (и суд) в наличии должной заботливости и необходимой осмотрительности, так как всех необходимых морфологических признаков туберкулеза в срезах не было. Экспертиза сделала заключение, что точный диагноз туберкулеза не мог быть поставлен по объективным причинам (т.е., не было вины врача-патологоанатома), но врачи-клиницисты, получив такое описание, обязаны были предпринять свои меры для диагностики туберкулеза (пробы, пробное лечение и др.), чего не было сделано — т.е., врачи-клиницисты не проявили должной заботливости и необходимой осмотрительности, поэтому правильный диагноз не был ими установлен виновно. Следовательно, у них возникает гражданско-правовая ответственность по возмещению вреда, причиненного здоровью из-за несвоевременно установленного диагноза туберкулезного синовиита.

Таким образом, «ненадлежащее врачевание» в данном примере со стороны врача-патологоанатома обусловлено врачебной ошибкой, которая была совершена по объективной причине в связи с трудностями диагностики из-за несовершенства медицинской науки и методов диагностики данного заболевания.

Поэтому, если рассмотреть «врачебную ошибку» с позиций установления состава правонарушения (Постановление Пленума Верховного суда от 20.12.1994 г., № 10), то при ней:

1. Отсутствует вина в любой форме, как в виде умысла, так и неосторожности (п. 1 ст. 401 ГК РФ; п. 1 ст. 24 УК РФ).

2. Имеется неправомерное поведение (врач действовал правильно, адекватно и своевременно в соответствии тем диагнозом, который был установлен, но который оказался неправильным в связи с добросовестным заб-

луждением врача). Поэтому, в связи с неправильным диагнозом заболевания (ошибка «в предмете»), его действия были объективно неправильными.

3. Причинение вреда жизни и/или здоровью было обусловлено данным неправомерным деянием.

4. Есть прямая причинно-следственная связь между наступлением вреда и неправомерным (объективно неправильным) поведением врача.

Следовательно, врачебная ошибка — это ошибочное действие (бездействие) медработника, которое характеризуется отсутствием вины, но при этом имеется неправомерное поведение врача при выполнении медицинских мероприятий (в связи с ошибкой в диагнозе), причинение вреда и наличие причинной связи между неправомерным деянием и наступившим вредом жизни и (или) здоровью пациента (В.А. Рыков, 2003). Это значит, что возникшую невиновно врачебную ошибку нельзя считать правонарушением и для предотвращения подобных ошибок в будущем она должна обсуждаться на клинической конференции.

Ответственность врача при врачебной ошибке не должна возникать, несмотря на наличие вреда жизни и/или здоровью пациента, так как нет полного состава правонарушения: административного (п. 1 ст. 2.1 КоАП), уголовного (п. 1 ст. 14 УК) и/или гражданского (п. 1 ст. 66; п. 1 ст. 68 Основ).

Однако на основании принципа генерального «деликта» («каждому запрещено причинять вред имуществу или личности кого-либо и всякое причинение вреда другому является противоправным, если лицо не было управомочено нанести вред» — И.Ш. Файзутдинов, ГК РФ, 1997, с, 656), гражданско-правовая ответственность врача заключается в необходимости возмещения материального ущерба и компенсации морального вреда (ст. 151; ст. ст. 1084-1086; ст. с.1099-1101ГК), но в случае, если будет доказано, что врач действовал с согласия и по просьбе потерпевшего пациента (п. 3 ст. 1064 ГК) или, если врач докажет, что вред жизни и здоровью был пр~~ичин~~ен не по его вине (п. 2 ст. 1064 ГК), то вред не возмещается.

Однако разграничить врачебную ошибку от правонарушения в виде неосторожного виновного деяния (действия или бездействия) бывает трудно, тем более, что размытость определений ошибки и неопределенность условий наступления ответственности (дисциплинарной, административной, гражданско-правовой, уголовной) затрудняют правоприменительную практику. Но возможность наступления неблагоприятных исходов при врачебной ошибке не может быть использована для оправдания виновных деяний врача.

Поэтому, следует считать (В.А. Рыков, 2003), что врачебными ошибками будут только те ошибки, которые имеют объективные причины (добросовестное заблуждение врача из-за атипичности течения болезни, кратковременности пребывания или тяжести состояния, недостатка диагностических материальных ресурсов). Тогда как «добросовестное заблуждение» врача, связанное с субъективными причинами (недостаток знаний, не проведение необходимых методов обследования при имеющейся возможности; плохо выполненная работа), нельзя относить к врачебной ошибке.

Медицинский деликт.

Виновное, противоправное деяние (действие и/или бездействие) врача, причиняющее вред здоровью и (или) жизни пациента и имеющее причинно-следственную связь действием (бездействием) медработника и наступившим вредом мы обозначаем как медицинский деликт (А.З. Виноградов, 2001; А.З. Виноградов, В.А. Рыков, В.А. Рыков, 2003).

Пример 3. Врач-патологоанатом при исследовании ОБМ ошибся в диагнозе. По мнению пациента, несвоевременно назначенное лечение усугубило течение болезни и в связи с этим был причинен вред его здоровью. При пересмотре данного микропрепарата установлено наличие признаков, позволяющих своевременно поставить правильный диагноз. Возникает ли у врача-патологоанатома ответственность по возмещению причиненного вреда?

В этом случае возникает ответственность за причинение вреда здоровью гражданина вследствие недобросовестного (неквалифицированного) выполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 1 ст. 68 Основ). Поэтому, виновный медработник будет обязан возместить потерпевшему ущерб, причиненный здоровью оказанием некачественной медицинской помощи (ч. 1 ст. 66 Основ; п. 1 ст. 1064; ст. 1084 ГК). При этом Законом установлено, что возмещение материального ущерба не освобождает медработников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности (ч. 2 ст. 68 Основ).

Этот пример «ненадлежащего оказания медицинской помощи» характеризуется полным составом правонарушения: есть вина, неправомерное деяние, причиненный данным деянием вред и прямая причинного следственная связь между этим деянием врача-патологоанатома и причиненным вредом.

Это означает, что медицинский деликт является правонарушением, которое содержит в себе все его необходимые и достаточные квалифицирующие условия:

♦ вину в любой форме;

♦ противоправность поведения;

♦ наступление вреда жизни или здоровью;

♦ прямую причинно-следственную связь между противоправным поведением и наступившим вредом жизни и/или здоровью пациента.

Характеристика медицинского деликта подробно приведена в работе А.З. Виноградова «Условия возмещения вреда при медицинских деликтах в РФ» (Новокузнецк, 2001, 132 с.).

Однако в действующих Законах отсутствует понятие «ненадлежащее врачевание», но оно подпадает под юридическую формулировку: «недобросовестное выполнение своих обязанностей» (ч. 1 ст. 68 Основ); «ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей» (ст. 109; ст. 118; ст. 124; ст. 293 УК; ч. 1 ст. 2.4 КоАП); «оказание услуг ненадлежащего качества» (ст. 14.4 КоАП).

Считается, что для наступления гражданской (уголовной, административной) ответственности при «ненадлежащем врачевании» необходимо одновременное наличие всех необходимых квалифицирующих условий (Ю.Д.

Сергеев, СВ. Ерофеев, 2001), что в совокупности называется полным составом правонарушения (преступления) в виде:

• вины;

• неправомерного поведения;

• вреда жизни или здоровью;

• прямой причинно-следственной связи между поведением врача и причиненным вредом.

Умышленной вины медработников при этом правонарушении, как правило, не бывает, но может наблюдаться вина в форме неосторожности (ст. 26 УК; п. 1 ст. 401 ГК; п. 2 ст. 2.2 КоАП).

Следовательно, во всех 3-х примерах, в которых пациенты (родственники) обвиняли медработников в «ненадлежащем врачевании» в связи с недостижением желаемого ими результата и предъявляли претензии имущественного характера, только в последнем случае (при медицинском деликте) их требования являются справедливыми и могут быть удовлетворены судом.

Таким образом, если медицинская помощь была оказана своевременно, достаточно, правильно и добросовестно или если она не была оказана из-за объективной невозможности ее оказания, то недостижение желаемого результата, с юридической точки зрения, не может считаться «ненадлежащим врачеванием».

Вышеописанные неблагоприятные результаты оказания медицинской помощи (несчастный случай, врачебная ошибка и медицинский деликт) могут обусловливать возникновение ятрогенных болезней, но отождествлять их между собой нельзя (В.А. Рыков и соавт, 1994; Л.Н. Крипальский, В.А. Рыков, 2002).

Ятрогенные заболевания.

В настоящее время к ятрогениям относится все неблагоприятные последствия (как ошибочные, так и правильные) оказания медицинской помощи. Количество рубрик в МКБ-10, по сравнению с МКБ-9, возросло вдвое (до 72). Ятрогении сейчас встречаются у 20% больных и составляют 10% госпитальной смертности, а в 30% они не распознаются прижизненно по субъективным причинам (В.В.Серов, 1990; 1999).

Характеристика медицинского содержания понятия «ятрогения», несмотря на многие дискуссии, точно не установлена. Главным противоречием в дискуссии является отношение к включению в это понятие «вреда здоровью больного». Если патологоанатом проф. В.В. Некачалов (1998) категорически отказывает в отождествлении ятрогении с нанесением вреда пациенту, то хирург проф. С.Я. Далецкий (1988) утверждает, что к ятрогениям надо относить все случаи нанесения вреда в результате любых медицинских действий.

В МКБ-10 «вред здоровью» фигурирует в понятии «ятрогения» и поэтому следует использовать это определение ятрогений (Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев, 2001).

Наиболее часто встречаемые определения понятия «ятрогения» приведены Ю.Д. Сергеевым и С.В. Ерофеевым (2001, с. 194) и В.А Рыковым (2003, с. 261).

Правовая оценка «ятрогений» еще более запутана. Обязательства из причинения вреда опираются на так называемый принцип «генерального деликта», согласно которому каждому запрещено причинять вред имуществу или личности кого-либо и всякое причинение вреда является противоправным, если бы лицо не было управомочено нанести вред. К числу подобных случаев относится причинение вреда в условиях необходимой обороны, по просьбе или с согласия потерпевшего или когда действия причинителя вреда не нарушают нравственные принципы общества (И.Ш. Файзутдинов, 1997. — см. комментарий к ст. 1064 ГК РФ).

А.В. Тихомиров (2000) причинение вреда называет «ятрогенным деликтом», с чем нельзя согласиться, ибо не все ятрогении связаны с виновным противоправным деянием (В.А. Рыков, 2002). Поэтому введение термина «ятрогенный деликт» А.В. Тихомировым (2000) является неверным по двум основаниям:

♦ термин «деликт», с правовой точки зрения, подразумевает гражданско-правовую ответственность в виде необходимости возмещения вреда;

♦ однако вред, причиненный при оказании медицинской помощи, не всегда связан с действием и/ или бездействием врача *(например,* при несчастном случае вред есть, но он никак не связан с деяниями врачей).

Неосторожное нарушение правил профессиональной медицинской деятельности, повлекшее за собой новое патологическое состояние с социальным следствием (снижение качества жизни, инвалидность, смерть) В.В. Федоров и В.Д. Пристанское (1998) рассматривают как «ятрогенное правонарушение», хотя следует признать использование этого термина также некорректным, ибо не все ятрогении характеризуются необходимыми и достаточными квалифицирующими признаками правонарушения.

Следовательно, к ятрогенным заболеваниям относятся все заболевания (патологические процессы), которые возникают под влиянием медицинских мероприятий, проведенных с профилактическими, диагностическими, реанимационными, лечебными или реабилитационными целями, независимо от того, были ли эти действия ошибочными или правомерными (В.А. Рыков И соавт., 1994; В.П. Новоселов, 2001). В настоящее время они считаются самостоятельными нозологическими единицами, имеющими свои шифры для анализа и статистического учета (разделы XIX-XX МКБ-10).

Поэтому, в случае летального исхода при некорректно проведенной медицинской манипуляции, первоначальной (основной) причиной смерти считается эта манипуляция с указанием нозологической формы, при которой ее выполняли (В.В. Старинский и соавт., 2002):

♦ употребление лекарств не по показаниям или без назначения врача, или в повышенной дозе;

♦ смертельные аллергические реакции после введения лечебных средств без предварительно проведенной пробы;

♦ непрофессиональное проведение диагностических и лечебных вмешательств, а также анестезиологического пособия, послуживших причиной смерти.

В литературе имеется мнение о том, что если медицинская манипуляция была проведена правильно, своевременно, адекватно и по правильно установленному диагнозу или на патологически измененных тканях, то в этом случае ятрогению следует записывать в осложнение того заболевания, по поводу которого проводилась данная манипуляция (Д.С. Саркисов и соавт, 1986). Мы считаем, что в таких случаях их вообще не надо считать ятрогениями, а обозначать данные процессы в диагнозе с каким-либо прилагательным, например: вторичная несостоятельность швов; несостоятельность швов в связи с патологическими изменениями тканей и др. и записывать их в рубрике «осложнения» (В.А Рыков и соавт., 1997).

Основные классификации ятрогенных заболеваний подробно приведены в работах В.В. Некачалова (1998) и В.А. Рыкова (2003).

Решение проблемы медицинской и юридической квалификации ятрогенных заболеваний обеспечит защиту прав пациентов и даст гарантии правовой защиты врачей, что невозможно без интеграции усилий клиницистов, патологов, судебно-медицинских экспертов, специалистов страховых медицинских организаций (СМО) по контролю качества медицинской помощи и юристов.

По моему мнению, ятрогенные заболевания могут возникать (В.А. Рыков, 2003):

1. В виде аномальной реакции организма *(например,* анафилактический шок на введение наркотика в правильной дозе и отсутствии патологической реакции при предварительной проверке).

2. Вследствие медицинской ошибки как добросовестного заблуждения врача при атипическом течении заболевания, объективной трудности диагностики, лечения и др.

3. В результате неправильных (виновных) деяний врача *(например,* перфорация матки при медицинском аборте при отсутствии непреодолимых обстоятельств).

4.Отсроченно в виде «вторых болезней» *(например,* демпинг-синдром и др.).

Следовательно, с юридической точки зрения, при ятрогенных болезнях имеется причинение вреда жизни (здоровью), наблюдается причинно-следственная связь между деянием и неблагоприятным результатом, а вот вина в любой форме (умысел, неосторожность) и противоправность поведения наблюдаются не всегда. В связи с этим, и правовые последствия при этом будут не одинаковыми.

Таким образом, мы считаем ятрогенным заболеванием такую патологию, которая возникает в связи с медицинским вмешательством, но по разным причинам. Поэтому ятрогении могут быть следствием:

♦ несчастного случая;

♦ врачебной (медицинской) ошибки;

♦ медицинского деликта.

Следовательно, и правовые последствия ятрогении будут зависеть от квалификации причин их возникновения.

Таким образом, в связи с неоднозначностью медико-правовой оценки НРОМП (несчастный случай, врачебная ошибка, медицинский деликт, ятрогенные болезни) врачам необходимо иметь представление о характере и причинах их возникновения, а также о содержании статей Законов, которые устанавливают ответственность по материальному возмещению ущерба здоровью пациента и компенсации морального вреда (ст. 401; ст. 1064; ст. 1083; ст. ст. 1084-1094; ст. 151; ст. 452; ст. ст. 1099-1101 ПС) и/или ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных и должностных обязанностей (ст. 109; ст. 118; ст. ст. 120-125; ст. 128; ст. 153; ст. 155; ст. ст. 233-237; ст. 248 УК).

Иными словами, следует знать, что для возникновения ответственности необходимо иметь полный состав правонарушения, т.е. наличие вины, противоправности поведения, причиненный вред, причинно-следственную связь между противоправным поведением и наступлением вреда.

С другой стороны, является очевидным, что основным (главным) «компонентом» состава правонарушения является «вина», наличие которой указывает на наступление ответственности, за исключением прямо указанных Законодателем случаев.

Если для наступления уголовной, административной, материальной и дисциплинарной ответственности существует презумпция невиновности (лицо не обязано доказывать свою невиновность - п. 1 ст. 5 УК; п. *3* ст. 1.5 КоАП; ч. 2 ст. 233 ТК; ч. 1 ст. 192 ТК), то для гражданско-правовой ответственности Законодатель установил презумпцию виновности (ответственность не возникает только в том случае, если причинитель вреда докажет, что вред причинен):

♦ не по его вине (п. 2 ст. 1064 ГК);

♦ по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинителя вреда не нарушают нравственные принципы общества (п. 3 ст. 1064 ГК);

♦ в состоянии крайней обороны, если при этом причинителем вреда не были превышены ее пределы (ст. 1066 ГК);

♦ при наличии той степени заботливости и осмотрительности, какая требовалась от причинителя вреда по характеру обязательства и условиям делового оборота (п. 1 ст. 5 ГК) и при принятии причинителем вреда всех мер для надлежащего исполнения обязательства (п. 1 ст. 401 ГК);

♦ при наличии обстоятельств непреодолимой силы, когда надлежащее исполнение обязательств оказалось невозможным вследствие чрезвычайных и непредотвратимых при Данных условиях обстоятельств (п. 3 ст. 401 ГК), т.е. обязательство прекращается невозможностью исполнения, если оно вызвано обстоятельством, за которое ни одна из сторон не отвечает (п. 1 ст. 416 ГК);

♦ в таком состоянии, когда причинитель вреда не мог понимать значения своих действий или руководить ими (п. 1 ст. 1078 ГК), за исключением тех

случаев, когда причинитель вред, сам себя довел до такого состояния (п. 2 ст. 1078 ГК);

♦ источником повышенной опасности, но если причинитель вреда докажет, что вред был причинен в результате непреодолимой силы или умысла потерпевшего (п. 1 ст. 1079 ГК).

Следовательно, для доказательства отсутствия вины в действиях врача необходимо, чтобы эти действия были заботливыми (характеризовались заботой о пациенте) и осмотрительными (тщательными и не упускающими не одной существенной особенности в поведении больного и соответствующими этому поведению).

Врач, как специальный субъект правоотношения, может обещать пациенту только одно — его деяния будут выполняться добросовестно, с надлежащей прилежностью, заботливостью и осмотрительностью, а не то, что в его деяниях не будет ошибок и недочетов.

Свидетельствами добросовестности, заботливости и осмотрительности врача являются:

1. Сбор достаточного количества сведений для того, чтобы считать выставленный диагноз и назначенное лечение обоснованными.
2. Осуществление планирования своих действий.
3. Осуществление контроля за выполнением пациентом предписаний и контроля за своими собственными действиями.

Выполнение данных мероприятий служит доказательством должной осмотрительности и необходимой заботливости и, следовательно, отсутствием наличия вины в действиях медработника, если случается неблагоприятный результат оказания медицинской помощи.

Однако степень заботливости и осмотрительности должна быть разумной, т. е. она должна соответствовать:

1. Характеру имеющихся у пациента и врача прав и обязанностей.
2. Условиям оказания медицинской помощи.
3. Индивидуальным особенностям протекания заболевания у конкретного больного, что может потребовать отхода от требований профессиональных медицинских стандартов.

Правомерность такого отхода от стандартов доказывается наличием особых обстоятельств и реальной возможности того, что следование установленным стандартам может привести к неверной диагностике и/или ненадлежащему лечению.

Поэтому необходимо, чтобы в медицинских документах нашли отражение:

1. Сам отход от стандартов.
2. Прогноз возможных последствий такого отхода.
3. Причины, по которым следование стандартам могло бы привести к неверной диагностике и/или ненадлежащему лечению, ибо обязанность доказывания правомерности отхода от стандартов Законом возлагается на лицо, которое отошло от этих стандартов..

С другой стороны, очевидным является и то, что медицинская помощь нередко осуществляется в условиях существенного риска, ибо врач (иной медработник) не может отвечать за то, что:

♦ ожидаемый (положительный) результат по правильной диагностике и успешному лечению болезни пациента будет всегда достигнут и при любых обстоятельствах;

♦ в его действиях не будет ошибок и недочетов.

Следовательно, врач (иной медработник) должен отвечать только за вину, т.е. за ненадлежащую заботливость и необходимую осмотрительность, а не за недостижение ожидаемого результата из-за неверного профессионального суждения.

Однако все должны помнить о том, что для пациента (его родственников и/или законных представителей) главным мотивом их желания в привлечении медработников к ответственности является недостижение желаемого результата, и тем самым, с их точки зрения, причинения вреда здоровью и/или жизни (именно этом случае пациент и/или его родственники обращен в суд или другие инстанции).

Возникает вопрос о том, что надо делать работникам ПАС, чтобы избежать ответственности на законных основаниях?

В общем плане можно сказать, что для избежания всех видов ответственности необходимо соблюдение соответствующих правовых норм, перечисленных выше. Однако такое предложение мало что дает в реальной практике.

Поэтому следует уяснить, что основным условием практически любой ответственности является наличие вины. Это значит, что при возникновении «дефектов» осуществлении медицинской деятельности, необходимо доказать отсутствие вины.

Что надо делать практически, чтобы не было «ненадлежащего врачевания» со стороны врача-патологоанатома?

1. Знать, что недостижение желаемого результата является синонимом ненадлежащего врачевания.

2. Знать, какие методы диагностики являются обязательными для Вашей патологоанатомической организации, согласно имеющейся лицензии и сертификата на выполнение определенных видов профессиональной деятельности.

3. Тщательно проводить патологоанатомические вскрытия, как это рекомендуется А.И. Абрикосовым (1939), М.А. Пальцевым и соавт. (2002) и др.

4.Соблюдать порядок выполнения патоморфологического исследования операционно-биопсийного материала (ОБМ) и цитологического материала (ЦМ), согласно Инструкции МЗ СССР (1972), Положения об исследовании ОБМ (Д.С. Саркисов и соавт., 1996) и др.

5. Знать клинику, лабораторно-функциональные и др. данные (требовать, чтобы это было отражено в направлении на исследование ОБМ и истории болезни; не стесняться спрашивать об этом клиницистов и др.). *Например:*

Уточнение места работы и профессии молодой женщины, умершей от генерализованного гранулематозного процесса, позволило точно установить первоначальную причину смерти: бериллиоз (П.Ф. Калитеевский, 1987, с. 15).

6. Детально выполнять макроскопическое описание материала и макроскопическую дифференциальную диагностику, как это подробно описано П.Ф. Калитеевским (1987) и др. (вырезка ОБМ должна проводится только тем врачом, кто будет исследовать микропрепараты).

7. Описывать микроскопическую картину болезни (патологического процесса) с указанием всех диагностических и дифференциальных признаков, использованных дополнительных методик и окрасок. При наличии противоречащих друг другу признаков, описывать их раздельно, с указанием характерной для них патологии.

8. Использовать в качестве «подложки» кусочки трупной печени для мелких фрагментов эндоскопического материала, описывать каждый фрагмент раздельно в тех случаях, если морфологическая картина в них различается.

9. Маркировать в необходимых случаях кусочки ОБМ.

10. При неясной гистологической картине обязательно требуется:

♦ дорезка материала из имеющихся блоков;

♦ дорезка сырого материала;

♦ проведение всех необходимых дополнительных селективных окрасок (в соответствии, с лицензионным набором методов);

♦ обязательная консультация со, старшими товарищами.

11. Иметь перед консультацией свой диагноз и выполнить все меры необходимой заботливости и должной осмотрительности. Несмотря на консультацию, диагноз должен подписываться врачом единолично, поэтому не следует указывать фамилии всех врачей, кто смотрел данный микропрепарат.

Это возможно лишь после консилиума, который должен отдельно регистрироваться, с каждым участником согласовываться текст описания и диагноз, каждый участник консилиума после этого ставит свою подпись. И только в этом случае (в т.ч., при наличии собственноручной подписи) консультант может нести равную (солидарную) гражданско-правовую ответственность за причинение вреда (п. 1 ст. 1080 ГК). При возникновении уголовной или административной ответственности принцип солидарности не применяется.

Примечание. Де-юре, на врача-патологоанатома не распространяются обязанности и формы ответственности «лечащего или семейного врача» (ст. 58, ст. 59 Основ).

12. Знать, что в описании микропрепарата и в клинико-анатомическом эпикризе излагается собственное *«видение»* процесса или заболевания врача-патологоанатома, которое должно логически заканчиваться доказательным заключением или диагнозом.

И только диагноз является юридическим фактом, т.е. событием, с которым Закон связывает возникновение, изменение или прекращение прав и/или обязанностей. Поэтому врач-патологоанатом несет ответственность за диаг-

ноз, но не за описание микропрепарата, хотя описание имеет чрезвычайно важное значение, особенно, если патологический процесс труден для диагностики.

Опыт показывает, что именно квалифицированное описание, с указанием всех трудностей и противоречий диагностики и дифференциальной диагностики, примененных дополнительных методов исследования, убеждает экспертов (и суд) о наличии у врача-патологоанатома должной заботливости и необходимой осмотрительности и, тем самым, исключается наличие «вины».

Может показаться, что речь идет о «прописных истинах», но о которых не устают напоминать наши Учителя, и которые всем давно известны; однако их несоблюдение чревато возникновением юридической ответственности.

Для иллюстрации приведу весьма необычное, но реальное гражданские дело.

Пример 4. Родственники умершего человека, труп которого находился в одном из моргов ПАВ г. Новокузнецка, обратились в 1999 г. в суд с иском к ПАВ о возмещении материального ущерба и компенсации морального вреда из-за несвоевременной, по мнению родственников, выдачи тела умершего из морга, в связи с чем были нарушены материальные и нематериальные права родственников (сорвано отпевание в церкви, поминальный обед, возникли проблемы с похоронной организацией и др.).

Со стороны истца в суд были представлены расходные документы (чеки, копии чеков, договор о захоронении и др.), свидетельствующие о материальных затратах, а также больничный лист одного из родственников о наличии у него гипертонического криза из-за несвоевременной выдачи в морге их покойника (больничный лист является свидетельством наличия нравственных и физических страданий, что подпадает под юридическое понятие «моральный вред» — ст. 151 ГК). Сумма иска ПАБ — 50 тыс. руб.

Согласно установленной гражданским законодательством России «презумпции вины», ПАБ как ответчик должно было собирать и представлять в суд реабилитирующие его документы для того, чтобы доказать, что вред был причинен невиновно (п. 2 ст. 1064 ГК).

В суд были представлены объяснения и копии документов:

1. Трудовой распорядок работы ПАО, в котором было утверждено, что вскрытия умерших начинаются с 10.00 каждого дня (с времени доставки в отделение историй болезни умерших, согласно п. 6 раздела 2 Приказа МЗМП РФ от 29.04.94 г., № 82), а выдача покойных осуществляется после окончания вскрытий, с 14.00 часов и позднее.

2. Копия страницы журнала регистрации умерших за этот день (было проведено 7 патологоанатомических вскрытий) и время доставки истории болезни для патологоанатомического вскрытия данного гражданина (его история болезни была представлена в ПАО в 13.00 в связи с тем, что у врачей-клиницистов были трудности в составлении заключительного клинического диагноза из-за многочисленных операционных пособий; время доставки истории болезни было отмечено в журнале).

3. Копия корешка медицинского свидетельства о смерти, с указанием даты и времени выписки свидетельства (вскрытие трупа данного гражданина было последним в этот день, началось только в 14.30 этого же дня, пока не пришел лечащий врач, который был занят на очередной операции, и закончилось в 16.00), но свидетельство о смерти было подписано в 16.00 этого же дня.

4. Родственники покойного в этот день не получили свидетельство о смерти, хотя у них был 1 час времени для этого (ПАО работает до 17.00).

5.Родственники пришли за медицинским свидетельством о смерти только в 11.00 следующего дня (время было отмечено в корешке справки, при выдаче свидетельства) и сразу же потребовали выдачи покойного в 12.00. мотивируя это тем, что на это время ими был заключен договор с похоронной организацией, заказано отпевание в церкви и др. В морге в это время уже проходили очередные патологоанатомические вскрытия (в этот день их было 8, поэтому копия данной страницы журнала регистрации умерших ПАО за этот день также была представлены в суд.

6. Труп данного гражданина был выдан родственникам только в 15.00 этого же дня, по окончанию всех патологоанатомических вскрытий в этот день.

Нарушение своих договорных обязательств родственники умершего отнесли на счет ПАБ, в связи с чем и возникло данное гражданское дело.

Примечание. *Если бы родственники получили свидетельство о смерти в день вскрытия то их бы информировали о правилах и времени выдачи тел покойных в морге и у них бы не возникли проблемы, которые пытались решить за счет ПАБ.*

Представленные ПАБ, как ответчиком в этом гражданском деле, документы и объяснения в суд свидетельствовали о том, что выдать труп из морга в то время, в которое хотели бы получить родственники, не было объективной возможности. Суд согласился с доводами соответчика и отказал истцам в возмещении вреда.

Следовательно, точное скрупулезное выполнение своих обязанностей, знание своих прав и ответственности, а также прав и обязанностей других субъектов медицинских правоотношений дает возможность законной защиты своих интересов.

IV. Социальная защита.

Гарантии *социальной защиты* медицинских работников установлены в ст. ст. 54-64 Основ, которые распространяются и на работников ПАС.

1. Оплата труда производится в соответствии с квалификацией, стажем, выполняемыми обязанностями и объемами работ, что определяется трудовым договором или контрактом (ч. 1 ст. 64 Основ; ст. ст. 56—84 ТК), а также штатными нормативами основного медицинского персонала, согласно Приказу МЗ СССР от 23.10,81 г., № 1095 (Приложение 8) и штатными нормативами служащих и рабочих патологоанатомических организаций (см. Приказ МЗ РФ от 22.05.01 г., № 165). При этом предусматриваются компенсацион-

ные выплаты в процентах к должностному окладу за вредные и опасные условия работы в ряде медицинских специальностей, а также иные льготы (ч. 2 ст. 64 Основ).

Оплата труда и компенсации регулируются ТК (ст. ст. 129-158; ст. ст. 164-188) и Приказом МЗ РФ от 15.10.99 г., № 377 «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения», в соответствии с Постановлением Правительства от 14.10.92 г., № 785.

Данным Приказом МЗ РФ № 377 установлены показатели и порядок отнесения учреждений здравоохранения к группам по оплате труда руководителей, а также определен перечень учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает *право* на повышение окладов (ставок) в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда.

Конкретизация этих норм приведена в Приложении 9 (Извлечение из Приказа 377 с комментариями).

2. Пенсия за выслугу лет в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, в т. ч. врачам - патологоанатомам, существовавшая ранее (ст. 81 Закона РФ от 20.11.90 г., № 340-1 «О государственных пенсиях в Российской Федерации»), в новом Законе от 17.12.01 г., № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» отсутствует.

Это связано с тем, что Закон от 16.07.99 г., № 165-ФЗ (в ред. от 31.12.2002 № 190-ФЗ) Об основах обязательного социального страхования» не содержит такого вида страховых выплат, как пенсия за выслугу лет, поэтому с 01.01.02 г. назначение пенсии за выслугу лет не проводится.

В новом пенсионном законодательстве пенсии за выслугу лет трансформировались в досрочно назначаемые трудовые пенсии по старости, т.е. ранее достижения общеустановленного пенсионного возраста (60 лет для мужчин и 55 лет для женщин). Возраст в данном случае не играет никакой роли, требуется лишь выработать медицинский стаж определенной длительности. Условия назначения досрочных пенсий указаны в ст. 28 Закона от 17.12.01 г., № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», в которой в п. 1.11 установлено, что досрочная пенсия по старости назначается лицам, осуществляющим лечебную и иную работу по охране здоровья населения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа, и не менее 30 лет в городах.

Согласно п. 3 ст. 28 Закона от 17.12.01 г., № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» перечень работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений (организаций), с учетом которых назначается досрочная трудовая пенсия и правила исчисления периодов работы (деятельности), утверждается жительством РФ. С момента вступления с 1 января 2002 г. Закона от 17.12.01г., № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» при назначении досрочных пенсий медработникам ПАС применялись нормативные акты Правительства РФ, принятые в период действия прежнего пенсионного законодательства - Постановление Правительства РФ от 22.09.99 г., № 1066, ред. от 19.02.01 г., №130), с учетом Списка, утвержденного Постановлением Совета Министров РСФСР от 5.09.91 г., №. 464). Эти

нормативные акты применялись на основании п. 1 Постановления Правительства РФ 21.01.02 г., № 30 «О реализации федеральных законов «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации», «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации», в части, не противоречащей этим Законам.

Следовательно, до 1 ноября 1999 г. для учета медицинского стажа применялось Постановление от 5.09.91 г., № 464, с 1 ноября 1999 г. и до 14 ноября 2002г. — Постановление от 22.09.99 г., № 1066. В с тем, что с 14 ноября 2002 г вступило в силу Постановление Правительства РФ от 29.10.02 г., № 781 « О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии статьей 28 Федерального закона «О трудовых пенсиях в РФ», и об утверждении правил исчисления сроков работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости соответствии со статьей 28 Федерального закона «О трудовых пенсиях в РФ», то прежние нормативные акты перестали применяться.

В Постановлении № 781 утвержден список должностей и учреждений, а также Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости работникам, осуществляющим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения при достижении в городах 30 лет и в сельской местности — 25 лет стажа. При этом устанавливается перечень структурных подразделений и должности, работа в которых дает право на исчисление льготного трудового стажа в размере 1 год и 6 месяцев за 1 год работы в этих должностях. К ним относятся ПАО, ПАБ и институты патологии, должности врача-патологоанатома и лаборанта-гистолога, при условии нормальной или сокращенной продолжительности рабочего времени (иными словами, на полную ставку).

Для работы в сельской местности в соответствующих должностях и структурных подразделениях установлен льготный стаж 1год и 3 месяца за 1 год работы.

Следует отметить п. 4 Правил, которым установлено, что периоды работы, начиная с 1 ноября 1999 г., засчитываются в медицинский стаж только в случае, если эта работа, дающая право на досрочное назначение пенсии по старости, протекала в режиме нормальной или сокращенной продолжительности рабочего времени (см. ст. 91 и 92 ТК), предусмотренной трудовым законодательством для соответствующих должностей: до 1 ноября 1999 г. периоды работы засчитывались в стаж и без выполнения этого условия (т.е., можно было работать на неполную ставку и это не влияло на пенсионное обеспечение). Однако Постановлением № 781 учтена только одна возможность включения в медицинский стаж периодов работы (начиная с 1 ноября 1999 г.), протекавшей в режиме неполного рабочего времени — суммирование занятости (объема работ) в нескольких должностях, дающих право на

досрочное назначение пенсии по старости, до объема полной ставки по одной из таких должностей.

Если работник ПАС трудился в сельской местности, где установлен льготный стаж 1 год и 3 месяца за 1 год работы, то Постановление № 781 разрешает суммировать несколько льгот при подсчете медицинского стажа.

Например, врач-патологоанатом 16 лет работал в районной больнице, а затем 5 лет — в городе.

Его медицинский стаж составит:

1. 5 лет работы в городе;

2. 2,5 года дополнительно за работу патологоанатомом в городе (от 5 лет);

3. 16 лет работы патологоанатомом на селе;

4. 8 лет дополнительно за работу сельским патологоанатомом (от 16 лет);

5. 4 года дополнительно за работу в сельской местности (от 16 лет).

Итого; 5 + 2,5 + 16 + 8 + 4 = 35,5 лет

Примечание. Этим Постановлением Правительства от 29.10.02 г., № 781 отменено Постановление Правительства № 1066 о назначении льготных пенсий (см. пункт 2).

Комментарий по применению Постановления № 781 дан А.С. Назаровым (Здравоохранение, 2003, № 2, с. 155-167).

3. В случае причинения вреда здоровью медицинских работников, в т.ч. работников ПАС, при исполнении ими профессиональных обязанностей, им возмещается ущерб, согласно Законодательства России (ч. 6 ст. 64 Основ). Отсутствие конкретной нормы возмещения вреда в Основах регулируется применением правовых норм ГК (ст. 401; ст. 1064; ст. ст. 1084-1094).

4. Право медработников на получение государственных единовременных пособий, в случае заражения их при исполнении своих профессиональных обязанностей, а при их смерти от заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией — члены их семей (п. 1 ст. 21 Закона о предупреждении распространения ВИЧ-инфекций).

Государственные единовременные пособия в случае заражения ВИЧ-инфекцией устанавливаются в следующих размерах (п. 2 ст. 21 данного Закона):

♦ при выявлении заражения вирусом иммунодефицита (без установления инвалидности) — 100 МРОТ на день выплаты;

♦ инвалиду 1 группы— 250 МРОТ;

♦ инвалиду 2 группы — 200 МРОТ;

♦ инвалиду 3 группы — 150 МРОТ;

♦ каждому члену семьи работника, умершего от заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией — 300 МРОТ.

Примечание. Законом от 19.06. 2000 г., 82-ФЗ (в ред. от 29.04.02 г., № 42-Ф8, от 26.11.02 г., М 152-ФЗ) «О минимальном размере оплаты труда» (МРОТ) с 1 мая 2002 г. установлена величина МРОТ в размере 450руб. в месяц.

Выплата государственных единовременных пособий производится из федерального бюджета, а порядок назначения и выплаты устанавливается Правительством России (п. 3 ст. 21 Закона о ВИЧ-инфекции), как и перечень организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа в которых дает их работникам право на пособия (п. 4 ст. 21 Закона о ВИЧ-инфекции).

В от. 22 Закона о ВИЧ-инфекции также определяются льготы в области труда в виде сокращенного рабочего дня и дополнительного отпуска, надбавки к должностному окладу за работу в особо опасных условиях. Порядок предоставления указанных льгот устанавливается Постановлением Правительства от 14.10.92 г., № 785, а также в Приложениях 2 и 5 Приказа МЗ РФ от 15.10.99 г., М 377).

5. Для работников, занятых во вредных и опасных условиях труда устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени в неделю и в день (ст. 92, ст. 94 ТК), а также ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск (ст. 116, ст. 117 ТК) в порядке, установленном Правительством России. Конкретизация правил оплаты труда данным работникам установлена в Приказе МЗ РФ от 15.10.99 г. № 377.

6. Во исполнение общей правовой нормы (ст. 14" Закона о туберкулезе), работникам ПАС при временной утрате трудоспособности в связи с туберкулезом сохраняется место работы (должность) на срок, установленной Правительством России (п. 2 ст. 14 Закона о туберкулезе), также выдаются пособия по государственному социальному страхованию (п. 3 ст. .14 данного Закона), а также иные льготы, определенные п. 4 и 5 ст. 14 этого же Закона.

Статьей 15 Закона о туберкулезе определены меры социальной защиты медицинских и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи (работников ПАС, исследующих ОБМ, следует отнести к таким медработникам).

Эти работники ПАС имеют право на (ст. 15 данного Закона):

♦ дополнительный оплачиваемый отпуск, продолжительностью 12 рабочих дней;

♦ сокращенную рабочую неделю продолжительностью 30 часов;

♦ дополнительную оплату труда в связи с вредными условиями труда (опасность инфицирования микобактериями туберкулеза) в размере не менее 25% к должностному окладу (см. также Приказ МЗ РФ № 377);

♦ пенсионное обеспечение в соответствии с Законодательством России;

♦ обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний;

♦ единовременные страховые выплаты в случае причинения вреда жизни и здоровью либо возникновения профессионального заболевания или смерти в размере 60 МРОТ в соответствии с утвержденным Правительством РФ Перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников;

♦ первоочередное обеспечение путевками для санаторно-курортного лечения в случае развития туберкулеза в результате исполнения служебных обязанностей.

7. В ч. 7 ст. 64 Основ предусмотрено, что в случае гибели работников государственной и муниципальной систем здравоохранения при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований семьям погибших выплачивается единовременное денежное пособие в размере 120 месячных должностных окладов.

8. К одной из форм социальной защиты врачей следует отнести право на страхование их профессиональной ошибки, установленное п. 7 ст. 63 Основ, но которое на практике не реализовано (Б.Э. Бобров и соавт., 1998).

Таким образом, точное выполнение Законов и иных правовых актов должно быть основой профессиональной деятельности медицинских работников, что также является гарантией от возникновения юридической ответственности при ошибках, которые, увы; неизбежно случаются в медицинской практике (Р. Ригельман,1994).

Формирование внутреннего убеждения у работников ПАС в необходимости строгого выполнения правовых норм должно стать сверхзадачей любого медицинского образования и осуществления профессиональной деятельности.

Глава III
СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ, ПРАВИЛА СЛИЧЕНИЯ ДИАГНОЗОВ

Клинический и патологоанатомический диагнозы являются этапами единого диагностического процесса, хотя в ходе пребывания в ЛПУ прижизненный клинический диагноз болезни может меняться *(например,* больной длительно лечился от цирроза печени, а умер от инфаркта миокарда). Поэтому при формулировке заключительного клинического диагноза (ЗКД) требуется выделение того заболевания, которое обусловило наступление смерти больного, хотя оно могло и не быть поводом обращения больного в ЛПУ или причиной для медицинских вмешательств.

Оформление диагнозов (клинического и патологоанатомического), медицинского свидетельства о смерти должна соответствовать МКБ-10, носить однозначный характер, так как диагнозы являются не только медицинскими, но и социально-юридическими документами, поэтому в них должна быть исключена возможность различных толкований. Несоответствия в этих документах могут иметь негативные юридические последствия.

Для практики нужно очертить эти требования и дать ясные определения употребляемых понятий, исключающие различные толкования, соблюдение которых должно быть неукоснительным во всех ЛПУ.

Диагнозом называется:

1. Медицинское заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней (БМЭ, 1977).

2. «...краткая формулировка представлений врача о болезни пациента, ее осложнениях и исходах, в основу которой положен принцип причинно-следственных отношений» (Д.С. Саркисов, 1990).

3. Наименование болезни и характеристика состояния больного, сформулированные соответственно нозологическому, патогенетическому, структурному принципам и МКБ, содержащие информацию, необходимую и достаточную для выполнения его основных функций: лечения, профилактики, реабилитации, экспертизу трудоспособности, определения прогноза и решения медико-статистических и экономических задач (А.М. Лифшиц и М.Ю. Ахмеджанов, 1992).

Выделяется 4 основных вида диагноза: клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский и эпидемиологический (М.А. Пальцев и соавт., 2002).

Правильно оформленный патологоанатомический диагноз (ПАД) служит (Д.С. Саркисов и соавт., 1986; М.А. Пальцев и соавт., 2002):

1. Объективному установлению характера, сущности и происхождения патологических процессов, состояний и заболеваний, определению их степе-

ни развития и взаимосвязи, давности и последовательности возникновения, выраженности и особенностей течения.

2. Определению причины и механизма смерти больного.

3. Контролю над качеством клинической диагностики и лечебного процесса.

4. Уточнению статистики смертности населения в соответствии с МКБ.

5. Своевременному проведению противоэпидемических мероприятий.

6. Обучению врачей и совершенствованию их клинического мышления.

7.Научному анализу вопросов этиологии, патогенеза, патологической анатомии и патоморфоза заболеваний.

8. Оценке характера и причин нежелательных результатов оказания медицинской помощи (В.А. Рыков, 2003).

Диагноз должен быть четко рубрифицирован и записав в виде следующих 3-х рубрик (О.В. Зайратьянц и соавт, 1999; 2003; М.А. Пальцев и соавт., 2002 и др.):

1. Основное заболевание, которое представлено в монокаузальном диагнозе одним заболеванием (травмой), в бикаузальном — двумя нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями), в мультикаузальном — тремя и более заболеваниями (полипатия— семейство или ассоциация болезней).

2. Осложнения основного заболевания, включая смертельное осложнение (непосредственную причину смерти).

3. Сопутствующие заболевания.

Считается, что монокаузальный вариант летальных исходов регистрируется в 45-50% секционных наблюдений, бикаузальный — в 35-40% случаев, мультикаузальный — в 10-15% (В.Л. Коваленко, 1995); О.В. Зайратьянц и соавт. (2003) отмечают, что в 60г70% секционных наблюдений смерть обусловлена 2-мя и более заболеваниями.

Структура рубрик диагноза по Г.Г. Автандилову (1984, 1994)

А. Монокаузальный	Б. Бикаузальный	В. Мультикаузальный
1. Основное заболевание (первоначальная причина смерти)	1. Комбинированное основное заболевание а) два конкурирующих заболевания б) два сочетанных заболевания в) основное и фоновое (фоновые) заболевания	1. Полипатии а) этиологически и патогенетически связанные несколько болезней и состояний («семейство болезней») б) случайные сочетания нескольких заболеваний (ассоциация болезней)
2. Осложнения (включая смертельное осложнение – непосредственную причину смерти)	2. Осложнения (включая смертельное осложнение – непосредственную причину смерти)	2. Осложнения (включая смертельное осложнение - непосредственную причину смерти)
3. Сопутствующие заболевания	3. Сопутствующие заболевания	3. Сопутствующие заболевания

3.1. Структура диагноза при монокаузальном генезе заболевания и смерти

3.1.1. Диагноз основного заболевания

Основное заболевание (эквиваленты: нозологическая форма, нозологическая единица, первоначальная причина смерти по МКБ-10) — это:

1.Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), записанных в терминах, принятых в МКБ-10 и отечественных классификациях, которые сами по себе или через тесно связанные с ними или обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу (О.В. Зайратьянц и соавт., 1999, 2003).

2. Определенная нозологическая единица (заболевание), которая непосредственно, либо через одно из своих осложнений, связанных с ним патогенетически, послужило причиной смертельного исхода (Ф.А. Айзенштейн, 1995).

3. Заболевание, которое само по себе или через тесно связанное с ним или обусловленные им осложнение повлекло за собой смерть (П.Ф. Калитеевский, 1979; Г.Г. Автандилов, 1984; Д.С. Саркисов и соавт., 1986).

4. Нозологическая единица, имеющая в данный момент наиболее выраженные проявления, угрожающие здоровью и жизни больного, по поводу которой проводилось лечение (М.А. Пальцев и соавт., 2002).

5. «Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния» (ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001 — см. Приказ МЗ РФ от 22.01.01 г., № 12).

Следовательно, **основным заболеванием**, согласно МКБ-10, является:

1.Заболевание (отравление, травма, физиологическое состояние), характеризующееся совокупностью клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.

2. Заболевание или травма, по поводу которых проводилось лечение или обследование во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью или которые явились причиной смерти.

3. Заболевание, которое было диагностировано в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, проводились лечебные или диагностические процедуры.

4. Нозологическая единица, которую следует использовать для анализа заболеваемости и смертности по единичной причине.

5. Несколько заболеваний, из которых для анализа выбирается заболевание, имеющее большее значение в танатогенезе, или считающееся более тяжелым или социально значимым, или то заболевание, на долю которого

пришлась наибольшая часть использованных ресурсов, или которое соответствовало профилю ЛПУ (отделения).

Примеры основного заболевания:

1. Узелковый полиартериит (М30.0).
2. Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда (121.0).
3. Острый ревматический эндокардит (101.1).
4. Брюшной тиф (А01.0).
5. Рак сигмовидной кишки (С18.7).

Эквивалентом основного заболевания в определенных случаях могут быть так называемые «вторые болезни» (А.В. Смольянников, 1970) и обстоятельства несчастного случая (в т.ч. при смертельных ятрогенных процессах) или акт насилия, вызвавший смертельную травму (О.В. Зайратьянц и соавт., 1999).

«**Вторыми болезнями**» обозначаются патологические процессы (А.В. Смольянников, 1970; М.А. Пальцев и соавт, 2002), которые:

• возникают после излечения ранее бывшего заболевания, но которое оставило после себя органический дефект;

• протекают в отрыве от первого заболевания, по собственным патогенетическим механизмам;

• имеют характер самостоятельной нозологической единицы, требующей особых лечебных воздействий;

• явились в дальнейшем причиной смерти.

М.А. Пальцев и соавт. (2002) среди «**вторых болезней**» выделяют естественно возникающие и имеющие связь с первоначальным заболеванием и ятрогении, являющиеся следствием лечебно-диагностических мероприятий.

Например, посттуберкулезный пневмосклероз и кифоз; туберкулез, сепсис на фоне сахарного диабета; спаечная болезнь или послеоперационная грыжа после давней лапаротомии; стриктуры мочевых и желчных путей после удаления или самостоятельного отхождения камней; пернициозная анемия или демпинг-синдром после тотальной гастроэктомии по поводу язвы или рака; рубцовые процессы после оперативного или лучевого лечения опухолей; недостаточность щитовидной железы после ее резекции или ее атрофии вследствие длительного употребления тиреотропных гормонов; стероидные язвы ЖКТ или стероидный туберкулез при длительном лечении СКВ; Цирроз печени вследствие длительного применения цитостатиков и др.

Ятрогенными заболеваниями как эквивалентами нозологической формы в настоящее время признаются все патологические процессы, состояния или реакции, возникающие под влиянием медицинских действий (бездействия) и ими обусловленных, наслаивающиеся или сочетающиеся с тем заболеванием, но поводу которого проводилось (не проводилось) вмешательство, и требующие обособленного лечения (В.Л. Коваленко и соавт., 1988; В.А. Рыков и соавт., 1994; 1997; В.Л. Коваленко, 1995» Е.С. Беликов, 1998; В.В. Некачалов, 1998; И.В. Тимофеев, 1999; М.А. Пальцев и соавт, 2002).

В.В. Серовым (1999) подчеркивается, что возведение ятрогений в ранг основного заболевания служит целям защиты интересов пациентов, и это

требует постоянного анализа, ибо в 30% случаев они не распознаются при жизни больного. Поэтому к ятрогенным заболеваниям В.В. Серов (1999) относит все осложнения медицинских манипуляций, независимо от наличия или отсутствия ошибок:

1. Осложнения при инфузии и трансфузии крови (анафилактический шок, гемолиз, гепатит В и др.).

2. Последствия воздействия лучевой энергии.

3. Кислородное голодание при анестезии и передозировке анестезирующих средств.

4. Осложнения и отдаленные последствия («вторые болезни») оперативных вмешательств.

5. Осложнения диагностических и профилактических мероприятий.

Согласно МКБ-10, в качестве **первоначальной причины смерти** (основного заболевания) указываются все ятрогенные смертельные осложнения, возникшие при передозировке и неправильной выдаче или приеме по ошибке лекарств, также при анормальной реакции организма или при случайном нанесении вреда здоровью при осуществлении медицинских мероприятий.

Однако Д.С. Саркисов и соавт. (1986) к основному заболеванию относят только связанные с ошибками неблагоприятные последствия медицинских манипуляций, сами по себе приведшие к смертельному исходу:

1. Неблагоприятные результаты лечебных мероприятий, проведенных по ошибочному диагнозу или с косметической целью *{например,* перфорация острой стероидной язвы желудка при лечении кортикостероидами по поводу ошибочно диагностированной СКВ).

2. Неправильно проведенные лечебные мероприятия, послужившие причиной смерти — септический (эндотоксиновый) шок на внутривенное введение бактериально загрязненного инфузионного раствора.

3. Осложнения лекарственной терапии с развитием дисбактериоза, эндо- и экзогенной суперинфекции (кандидоз кишечника, развившийся в результате массивной антибиотикотерапии острой дизентерии).

4.Смертельные аллергические реакции и другие осложнения после введения лечебных препаратов без предварительно проведенных аллергологических проб или игнорирование и недоучет этих данных (токсический эпидермальный некролиз у больного с поливалентной лекарственной аллергией, неучтенной клинически).

5.Переливание иногруппной крови.

6. Закончившиеся смертью диагностические манипуляции и вакцинации *{например,* воздушная эмболия после трансторакальной аспирационной биопсии).

7.Смерть от наркоза.

По поводу записи **ятрогенных заболеваний** в диагнозе единой точки зрения не существует, они фигурируют:

1. В качестве **основного заболевания**, независимо от того, были ли медицинские действия ошибочными или правомерными, если от них наступила смерть (В.В. Серов, 1999; В.П. Новоселов, 2001; М.А. Пальцев и соавт, 2002).

2. В рубрике основного заболевания, но лишь при ошибочной передозировке, неправильном назначении лекарственного средства, непрофессионально (с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного) выполненном диагностическом или лечебном мероприятии или как результат ошибочных действий (Д.С. Саркисов и соавт., 1986; О.В. Зайратьянц и соавт., 1999, 2003).

3.В виде 1 и 2-го заболевания в структуре **комбинированного основного заболевания** при конкурирующих и сочетанных заболеваниях (В.А. Рыков и соавт., 1994; В.Л. Коваленко,1995; М.А. Пальцев и соавт, 2002).

4. В виде 1, 2 или 3-й нозологической единицы в диагнозе при **полипатиях** (В.Л. Коваленко, 1995; М.А.Пальцев и соавт,2002).

5. Как фоновое и сопутствующее заболевания.

6. В рубрике «осложнение основного заболевания» в том случае, если они возникают при осуществлении медицинских мероприятий по правильному диагнозу и после адекватно (правильно и по показаниям) проведенных вмешательств, но за исключением анафилактического шока и некоторых других осложнений, которые традиционно выставляются в качестве основного заболевания (А.В. Смольянников и соавт, 1977; Д.С. Саркисов и соавт., 1986; Г.Г. Автандилов,1990; В.Д. Федоров и Д.С. Саркисов, 1992). Однако ряд авторов против отнесения смертельных ятрогений в эту рубрику (В.А. Рыков и соавт., 1994,1997; В.Л. Коваленко, 1995; М.А. Пальцев и соавт, 2002).

7. В дополнительной рубрике диагноза «Осложнение терапии», «Реанимационные мероприятия» или «Интенсивная терапия в течение…», которую предлагают располагать после рубрики осложнений основного заболевания и до рубрики сопутствующих заболеваний (О.В. Зайратьянц и соавт., 1999).

3.1.2.Осложнение основного заболевания.

Осложнением основного заболевания называют:

1. Процессы, возникшие как результат естественного течения болезни или как следствие адекватного оперативного или другого мероприятия (А.В. Смольянников, 1970).

2. Такую стадию основного заболевания, когда развивается качественно и часто этиологически новый патологический процесс (О.К. Хмельницкий, 1971).

3. Патологический процесс, который патогенетически и/или этиологически связан с основным заболеванием и существенно утяжеляет его течение, становясь нередко причиной смертельного исхода (М.А. Пальцев и соавт., 2002).

4.«... присоединение к основным проявлениям болезни каких-либо дополнительных изменений, причинно связанных с основные заболеванием, т.е. между основным заболеванием с его осложнением имеется патогенетическая связь» (Д.С. Саркисов и соавт., 1986).

5. Нозологические единицы (травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы), которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны, с

основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями (О.В. Зайратьянц и соавт., 1999, 2003).

6. Вторичные структурно-функциональные повреждения, патогенетически связанные с текущим основным заболеванием, либо соответствующим ему лечебно-диагностическим мероприятиям, или проявление основного заболевания, имеющее самостоятельное значение (А.М. Лифшиц и М.Ю. Ахмеджанов, 1980).

7. Патологические процессы, утяжеляющие течение основного заболевания, но всегда имеющие иную этиологию и механизмы развития (В.А. Рыков, 1990).

8. Присоединение к заболеванию нарушений физиологического процесса, целостности органа или его стенки, кровотечение, развившуюся острую или хроническую недостаточность функции органа или системы органов (ОС1 ТО № 91500.01.0005-2001 -см. Приказ МЗ РФ от 22.01.01 г., № 12).

9. Все неблагоприятные Последствия реанимационных мероприятий и интенсивной терапии (О.В. Зайратьянц и соавт., 2003).

Примеры осложнений основного заболевания:

1. Инфаркт миокарда вследствие тромбоза коронарной артерии при узелковом периартериите.

2. Разрыв сердца с гемотомпонадой сердечной сумки в результате трансмурального инфаркта передней стенки миокарда.

3. Тромбоэмболическкй инфаркт мозга при ревматическом остром бородавчатом эндокардите.

4. Перфорация брюшнотифозной язвы, перитонит.

5.Каловый перитонит при раке сигмовидной кишки.

Из приведенных выше примеров видно, что все осложнения имеют иную от основного заболевания этиологию.

3.1.3. Диагноз сопутствующего заболевания

Сопутствующие заболевания - это те нозологические формы и синдромы, которые по данным клиники и вскрытия:

1.Не имели этиологической или патогенетической связи с основным заболеванием и его осложнениями, не оказывали влияния на их течение и развитие неблагоприятных влияний, не играли существенной роли в генезе смерти (Д.С. Саркисов и соавт., 1986; М.А. Пальцев и соавт., 2002).

2. Не служили причиной госпитализации больных (Г.Г. Автандйлов, 1984).

3. Не были непосредственно связаны с основным заболеванием, не принимали участия в танатогенезе и не имели смертельных осложнений, играющих роль в наступлении смерти, т.е. смертельных осложнений (О.В. Зайратьянц и соавт., 1999; 2003).

Примеры сопутствующих заболеваний:

1. Хронический калькулезный холецистит.

2. Туберкулома 3-го сегмента правого легкого.

3. Хроническая непрогрессиругошая язва желудка.

4. Неущемленная паховая грыжа.

5. Хронический бронхит.

Непосредственной причиной смерти считается нозологическая единица, синдром, патологическое состояние или процессы:

1. Завершающие танатогенез и приводящие к биологической смерти (Г.Г. Автандилов, 1990).

2. Те морфофункциональные изменения, развивающиеся в патогенетической связи с основным заболеванием, которые вызвали расстройства, несовместимые с жизнью {О.К. Хмельницкий, 1971).

3. Смертельное осложнение (но не элемент механизма смерти) или само основное заболевание, которое одновременно является непосредственной причиной смерти (О.В. Зайратьянц и соавт., 2003).

4. Главное осложнение основного заболевания (ведущий фактор танатогенеза) как структурно-функциональные или метаболические повреждения в организме, вызвавшие нарушения гомеостаза, которые привели к летальному исходу (М.А. Пальцев и соавт., 2002).

5. Типовые расстройства (в ряде случаев): коллапс, фибрилляция сердца, острая сердечная недостаточность и т.д. (М.А. Пальцев и соавт., 2002).

В примерах, указанных выше, непосредственной причиной смерти будет:

♦ остановка сердца (1-й, 2-й случаи);

♦ отек мозга с вклинением ствола мозга в шейную дуральную воронку — 3-е набл.;

♦ интоксикация — 4-й и 5-й случаи.

Практические примеры оформления ПАД и МСоС:

1. Основное заболевание (О.В. Зайратьянц и соавт., 2003, с. 23):

Внезапная коронарная смерть. Очаги неравномерного кровенаполнения миокарда в межжелудочковой перегородке. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (3-я степень, П стадия, стеноз до 50% общего просвета трех артерий).

Осложнения. Асистолия (по клиническим данным). Жидкая кровь в полостях Сердца и просвете аорты. Мелкоточечные кровоизлияния под эпикардом и плеврой. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии.

Непосредственная причина смерти: Асистолия.

Медицинское свидетельство о смерти.

1. а) Асистолия;

б) Внезапная сердечная смерть (I24.8);

в) --;

г) --.

П. Хронический калькулезный холецистит, ремиссия.

2. (М.А. Пальцев и соавт., 2002, с. 200):

Мужчина 59 лет злоупотреблял алкоголем более 10 лет. Психиатром установлен диагноз хронического алкоголизма, 3-й стадии, запойной формы.

Основное заболевание. Алкогольный мелкоузловой цирроз печени на фоне хронического алкоголизма: фиброз мягких мозговых оболочек, дистрофические изменения нейронов коры большого мозга, хронический бронхит, диффузный пневмосклероз.

Осложнения. Печеночно-почечная недостаточность (билирубин 51,5 мкмоль/л, креатинин 670 моль/л).

Непосредственная причина смерти: Печеночно-почечная недостаточность

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Печеночно-почечная недостаточность;

б) Хронический алкоголизм (F10.2);

в) Алкогольный мелкоузловой цирроз печени (К70.3);

г)Преднамеренное воздействие алкоголем — хроническая алкогольная интоксикация (Х65).

П.-----.

3. **Основное заболевание** (Ф.А.АйзенштейнД995, е.41):

Интраоперационное ранение купола слепой кишки.

Осложнение. Перфорация повреждённого участка слепой кишки в брюшную полость, разлитой каловый перитонит.

Сопутствующие заболевания. Острый катарально-гнойный аппендицит, операция аппендэктомии (гистологическое заключение, дата, номер).

Непосредственная причина смерти: Разлитой каловый перитонит.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Разлитой каловый перитонит;

б) Перфорация повреждённого участка слепой кишки в брюшную полость;

в) Интраоперационное ранение купола слепой кишки (Т81.2; доп. код Y60.0);

г)-.

П. Катарально-гнойный аппендицит, операция аппендэктомии (дата).

У одного и того же больного одновременно может быть несколько нозологических единиц, которые, сочетаясь по тяжести и во времени, в своей совокупности приводят его к смерти, в т.ч. и в результате нежелательных последствий оказания медицинской помощи. В этих случаях оформляется бикаузальный диагноз.

3.2. Структура диагноза при бикаузальном заболевании и генезе смерти

Основное заболевание может быть представлено 2-мя нозологическими единицами (Г.Г. Автандилов, 1971). В этом случае, 1-я рубрика ЗКД и ПАД

обозначается как «Комбинированное основное заболевание» (КОЗ) в виде: конкурирующих или сочетанных заболеваний, или основного заболевания в сочетании с фоновым заболеванием. Нозологическая форма, которая выставляется на 1-м месте в КОЗ кодируется по МКБ-10 как первоначальная причина смерти в графе под цифрой «I» в медицинском свидетельстве о смерти (МСоС). А 2-я нозологическая единица (конкурирующее, сочетанное, фоновое заболевания) должна записываться в графе «II» свидетельства о смерти.

О.В. Зайратьянц и соавт. (2003) предлагают, при прочих равных условиях, отдавать приоритет той нозологической единице в составе КОЗ, которая:

1. Имеет наибольшую вероятность быть причиной смерти (т.е., танатогенез которой был ведущим).

2. Является более тяжелой по характеру, осложнениям и имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов.

3. Более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни, новообразования, инфаркт миокарда и др.).

4. Бели не выявлен приоритет ни одной из нозологических единиц, то первой указывается та, которая:

♦ была выставлена первой в ЗКД;

♦ отражает профиль отделения (ЛПУ);

♦ потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий *(например,* для отделения неврологии — это та или иная форма инсульта).

Такой же подход должен быть и при эквивалентах основного заболевания («вторых болезнях», ятрогенных процессах).

Примечание. Расположение нозологических единиц в диагнозе основного комбинированного (конкурирующего) заболевания определяется танатогенетическим «весом» каждой нозологии, но во многом зависит, от решения врача-патологоанатома.

3.2.1. Структура конкурирующего основного заболевания

К конкурирующему основному заболеванию относятся самостоятельные нозологические единицы, которые:

♦ не поддаются разделению из-за тесноты клинико-морфологических проявлений;

♦ совпадают по времени, утяжеляют течение болезней, сокращают время патогенеза и ускоряют танатогенез;

♦ по отдельности, сами по себе и/или через тесно связанные с ними осложнения могут привести больных к смерти.

Например, совпавшие по времени у одного больного такие смертельные болезни: рак IV стадии и инфаркт миокарда; несовместимые с жизнью инфаркты головного мозга и миокарда; нозологии из группы острых ишемических болезней сердца или цереброваскулярных болезней и хирургическая патология со смертельным исходом и т.д. (О.В. Зайратьянц и соавт., 1999; 2003).

Примеры КОЗ (конкурирующие заболевания):

1. Хроническая (прободная, кровоточащая и др.) язва желудка **(К25.6).**

2. Острый трансмуральный инфаркт миокарда **(121).**

Или:

1. Острый обструктивный бронхит (Л20).

2. Напряженный пневмоторакс вследствие ИВЛ **(ДО5.8;** доп. код У60.8).

Или:

1. Декомпенсированный острый лимфобластный лейкоз (С91.0; М9821/3).

2. Лекарственный панмиелофтиз (**D61.9;** доп. код **Y 43.1**).

Практические примеры конкурирующего основного заболевания в ПАД и МСоС:

1. Основное комбинированное заболевание (конкурирующие заболевания): (О.В. Зайратьянц и соавт., 1^2001, с. 87):

1. Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (давность около 3-х суток). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, Ш стадия).

2. Ишемический инфаркт лобной доли правого полушария головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия).

Осложнения. Кардиогенный шок. Отек мозга.

Непосредственная причина смерти: Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Медицинское свидетельство о смерти.

1. а) Острая сердечно-сосудистая недостаточность;

б) Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (121.0);

в)-;

г)-.

II. Ишемический инфаркт головного мозга (163.5)

2. Основное комбинированное заболевание (конкурирующие заболевания): (О.В. Зайратьянц и соавт., I 2003, с. 31):

1. Повторный трансмуральный инфаркт миокарда задней и боковой стенок левого желудочка, давностью около 1-х суток. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (стеноз до 50%).

Фоновое заболевание: Сахарный диабет... типа, тяжелого течения, стадия декомпенсации (данные биохимии крови — клинически). Диабетическая макро- и микроангиопатия. Диабетический гломерулосклероз.

2. Циркулярный рак поперечно-ободочной кишки (T_2 N_0M_0) в области печеночного угла со стенозом просвета кишки (умеренно-дифференцированная аденокарцинома — гистологически). Операция лапаратомии, резекции поперечно-ободочной кишки, наложения двухствольного ануса (дата) по поводу толстокишечной непроходимости.

Осложнения: Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Печеночно-почечная недостаточность. Выраженный отек легких.

Сопутствующие: Хронический обструктивный слизистый бронхит, стадия ремиссии. Диффузный пневмосклероз. Хроническая обструктивная эмфизема легких.

Непосредственная **причина смерти:** Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Медицинское свидетельство о **смерти.**

I. а) Отек легких;

б) Повторный трансмуральный инфаркт миокарда задней и боковой стенок левого желудочка **(122.8);**

в)-;

г)-.

П. Рак ободочной кишки в области печеночного угла (T_2 N_0M_0) (С18.3)

3. Основное комбинированное заболевание (конкурирующие заболевания) (О.В. Акимов, 2002, с. 56):

1. Сквозное прошивание стенки кишки в зоне серо-серозных швов энтеро-энтероанастомоза при резекции желудка по Бильрот-2 (дата).

2. Хроническая каллезная язва малой кривизны желудка.

Осложнения. Острые язвы стенки кишки в зоне энтеро-энтероанастомоза с перфорацией в брюшную полость. Перфорация хронической язвы в брюшную полость, разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

Непосредственная причина смерти: Разлитой гнойный перитонит.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Разлитой гнойный перитонит;

б) Острые язвы стенки КИШКИ в зоне энтеро-энтероанастомоза;

в) Сквозное прошивание стенки тонкой кишки в зоне швов энтеро-энтероанастомоза при операции резекции желудка по Бильрот-2 (К91.8 или Т81.2; доп. код **Y60.0);**

г)-.

П. Каллезная язва малой кривизны желудка (К25.5).

3.2.2. Структура диагноза при сочетанием заболевании

Сочетанное основное заболевание (О.К. Хмельницкий, 1971; А.В. Смольянников и соавт., 1977; О.В. Зайратьянц и соавт., 1999; 2003) характеризуются тем, что входящие в него нозологические единицы:

1. Развиваются одновременно.

2. Находятся в различных патогенетических взаимоотношениях.

3. Каждое из них, по отдельности само по себе, не является смертельным.

4. Могут иметь как свои отдельные, так и общие осложнения.

5. Совокупность их отягощает течение каждого или одного из них.

6. Совместно вызывают несовместимые с жизнью состояния или сочетание их осложнений (общих и/или раздельных), обусловливающих наступление смерти.

Сочетанные заболевания рассматриваются также как независимые (этиологически и патогенетически) нозологические единицы, обусловливающие в данной конкретной совокупности возникновение инвалидности, тяжелых осложнений или летального исхода вследствие (А.М. Лифшиц и М.Ю. Ахмеджанов, 1980):

1. Суммирования структурных и функциональных повреждений, невозможности применения эффективных методов лечения, противопоказанных для одного из этих заболеваний.

2. Неблагоприятного влияния терапии одной из болезней на течение другой, тогда как по отдельности каждое из этих заболеваний в данное время не могло привести к подобным осложнениям или летальному исходу.

Следовательно, сочетанными заболеваниями следует считать такие болезни (в т.ч. и травмы), которыми одновременно страдал умерший, и которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и взаимно отягощая друг друга, привели его к смерти, причем каждое из них в отдельности, в отличие от конкурирующих заболеваний,, не вызвало бы летального исхода.

Например, сочетание нозологических единиц из групп острых ишемических болезней сердца и цереброваскулярных болезней, которые привели к смерти лишь в результате взаимного отягощения; такое же сочетание нередко характерно для этих же нозологических форм с острыми хирургическими заболеваниями, в частности, с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки; сочетание ХОБЛ и ПИКС или кровоизлияние в головной мозг после легкой травмы и гипертоническая болезнь *(пример* А.В. Смольянникова и соавт., 1977, с. 21).

Практические примеры сочетанного основного заболевания в ПАД и МСоС:

1. Основное комбинированное заболевание (сочетанные заболевания):

1. Глиобластома лобной доли левого полушария головного мозга. Выраженные вторичные изменения (очаги некроза и кровоизлияний) в опухоли.

2.Ишемический инфаркт правого полушария мозжечка в стадии колликвации. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (стеноз основной артерии до 50%).

Осложнения: Обширные очаги некроза и кровоизлияний ткани головного мозга вокруг опухоли в области левого полушария. Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Сопутствующие: Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (стеноз до 50%). Атеросклероз аорты (атерокальциноз), артерий головного мозга (стеноз до 25%). Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии. Камни желчного пузыря.

Непосредственная причина смерти: Дислокация ствола головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти.

1. а) Дислокация ствола головного мозга;

б) Очаги некроза и кровоизлияний ткани головного мозга;

в) Глиобластома лобной доли левого полушария головного мозга (С71.1; М9500/3);

г)-.

II. Ишемический инфаркт мозжечка (163.5).

2. Основное комбинированное заболевание (сочетанные заболевания) (О.В. Зайратьянц и соавт., 2001, с. 139):

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения: хроническая язва в области передней стенки пилорического отдела желудка с прободением. Операция (вид операции, дата).

2. Повторный трансмуральный инфаркт миокарда задней и боковой стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Крупноочаговый кардиосклероз боковой стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (стеноз до 75% левой коронарной артерии).

Фоновое: Сахарным диабет II типа» стадия декомпенсации (сахар крови — клинически). Диабетическая ретинопатия (клинически).

Осложнения: Разлитой гнойный перитонит. Острое общее венозное полнокровие и выраженная паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Отек легких и мозга.

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты (стадия III, степень 3).

Непосредственная причина смерти: Разлитой гнойный перитонит.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Разлитой гнойный перитонит;

б) Хроническая язва в области желудка с прободением. Операция (вид операции, дата). - К25.5;

в) -;

г)-.

П. 1) повторный трансмуральный инфаркт миокарда (122.8);

2) сахарный диабет II типа (Е11.7).

3.Основное комбинированное заболевание (сочетанные заболевания) (О.В. Акимов, 2002, с. 53):

1. Косой чрезвертельный перелом правого бедра (дата) со смещением костных отломков. Гематома мягких тканей верхней трети бедра.

2.Сенильная деменция: диффузная атрофия больших полушарий головного мозга, наружная и внутренняя гидроцефалия, бурая атрофия паренхиматозных органов, старческая рарефикация костей.

Осложнения: Истощение. Распространенные поверхностные пролежни ягодиц, спины, пяток. Острый катарально-гнойный пиелит. Гипостатическая пневмония.

Непосредственная причина смерти: Пневмония.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Пневмония;

б) Истощение;

в) Косой чрезвертельный перелом правого бедра **(М84.4;** доп. код **872.1);**

г)-.

II. Сенильная деменция (F03).

3.2.3. Структура диагноза при сочетании основного заболевания с фоновым

Фоновое заболевание (А.В. Смольянников, 1970; О.К. Хмельницкий, 1971; О.В. Зайратьянц и соавт., 1999; 2003) проявляется тем, что оно:

1. Имеет важное значение в развитии основного, в т.ч. комбинированного основного заболевания.
2. Ухудшает течение основного заболевания и способствует развитию его смертельных осложнений.
3. Само по себе не является смертельным.
4. Может иметь и не иметь прямой патогенетической связи с основным заболеванием.
5. Этиологически не связано с основным заболеванием, но включилось в общий с ним патогенез и явилось одной из причин его развития.

Например, фоновыми заболеваниями признаются варианты артериальной гипертензии или сахарного диабета для нозологических единиц из групп ишемических болезней сердца и цереброваскулярных болезней, расслаивающей аневризмы аорты или заглохший туберкулез как причина пневмокониоза, кифосколиоза и, может быть, амилоидоза; все те заболевания, которые являются толчком к развитию «вторых болезней». Нередко такие заболевания, как алкоголизм, сахарный диабет, ведущие к вторичному иммунному дефициту, становятся фоновыми для многих инфекционных болезней (пиелонефрит, туберкулез и др.) или плоскоклеточный бронхиальный рак, где фоновым заболеванием может быть хронический бронхит с плоскоклеточной метаплазией и диспластическими изменениями эпителия бронхов. У умерших пожилых людей может быть наличие более одного фонового, заболевания *(например,* гипертоническая болезнь и сахарный диабет) (А.В. Смольянников, 1970; О.В. Зайратьянц и соавт., 1999; 2003).

При определённых условиях, фоновым заболеванием может оказаться большее число нозологических единиц: язва желудка, полипоз пищеварительного тракта, различные дисплазии при развитии в них злокачественных новообразований и другие (О.В. Акимов, 2002).

Однако, О.В. Зайратьянц и соавт., (1999; 2003) считают, что для нозологических единиц из группы ишемических болезней сердца или цереброваскулярных недопустимо указывать в качестве фонового заболевания алкоголизм и атеросклероз (артерий органов, аорты), так как эти изменения, хотя и по сути являются формами атеросклероза, но были выделены как самостоятельные единицы нозологии; атеросклеротическое поражение артерий этих органов (стенозирующий атеросклероз при обнаружении его на секции) следует указывается в рубрике основного заболевания сразу после формулировки нозологической формы.

Практические примеры сочетания основного заболевания (в т. ч. КОЗ) с фоновым заболеванием в ПАД и МСоС:

1. (М.А. Пальцев и соавт., 2002, с. 195):

Больной 36 лет со злокачественной формой гипертонической болезни умер от хронической почечной недостаточности.

Основное заболевание: Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек — III стадия: артериолосклеротический нефросклероз, сегментарный и тотальный фибриноидный некроз почечных клубочков, гипертрофия сердца (масса 600 гр., желудочковый индекс — 0,4).

Осложнения: Хроническая почечная недостаточность — уремия: гиперазотемия (остаточный азот плазмы крови — 90 ммоль/л), фибринозная двусторонняя пневмония, фибринозно-язвенный гастроэнтерит.

Непосредственная причина смерти: Хроническая почечная недостаточность.

Медицинское свидетельство о смерти.

1. а) Уремия;

б) Артериолосклеротический нефросклероз;

в) Гипертоническая болезнь с преимущественным 'поражением почек (112.9);

г) -.

II. —.

2. Основное заболевание: Массивный двусторонний лучевой фиброз легких в результате послеоперационной лучевой терапии (число курсов, дозы, дата) по поводу рака правого нижнедолевого бронха.

Фоновое заболевание: Центральный узловато-разветвленный рак правого нижнедолевого бронха (мелкоклеточный рак — гистологически, T_3 N_0M_0). Операция правосторонней нижней лобэктомии (дата).

Осложнение: Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Непосредственная причина смерти: Острая легочно-сердечная недостаточность.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Острая легочно-сердечная недостаточность;

б) Лучевой фиброз легких после лучевой терапии рака легкого (J70.0; доп.код Y84.2);

в)-;

г)-.

II. Рак правого нижнедолевого бронха, операция лобэктомии, дата (C34.3; M8073/3).

3. Комбинированное основное заболевание (Д.С. Саркисов и соавт., 1986, с. 11):

1. Острый трансмуральный инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка.

2. Кровоизлияние в левое полушарие мозга.

Осложнения: Острая сердечная недостаточность, отек и набухание мозга с вклинением в шейную дуральную воронку.

Фоновое заболевание Гипертоническая болезнь.

Непосредственная причина смерти: Острая сердечная недостаточность.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Острая сердечная недостаточность;

б) Острый переднебоковой инфаркт миокарда левого желудочка (121.0);

в) -;

г)-.

II. 1) Кровоизлияние в левое полушарие мозга (161.1).

2) Гипертоническая болезнь (111.9).

Наличие 3-х и более нозологических единиц в КОЗ, приводящих в своей совокупности к смерти, оформляется в ЗКД и ПАД в качестве мультикаузального заболевания и генеза смерти (М.А. Пальцев и соавт., 2002).

3.2.4. Структура диагноза при мультикаузальном заболевании и генезе смерти

Мультикаузальный диагноз включает в себя следующие полипатии;

1. Семейство болезней («синтропии») — этиологически патогенетически связанные несколько болезней и состояний.

2. Ассоциация болезней («соседство»)— случайные сочетания несколько болезней или состояний, в т.ч. ятрогении по неправильному диагнозу или в связи дефектами осуществления медицинских манипуляций: (А.М. Лифшиц, М.Ю. Ахмеджанов, 1980).

Следовательно, семейство болезней включает в себя более 2-х нозологических единиц, связанных между собой едиными этиологическими и/или патогенетическими факторами, имеющиеся одновременно у больного и в совокупности приводящие его к смерти. Они взаимно утяжеляют течение патологического процесса, сокращают время патогенеза и ускоряют танатогенез, могут иметь общие осложнения, в т.ч. смертельные, не поддаются разделению из-за тесноты клинико-морфологических проявлений. А.М. Лифшиц,

М.Ю. Ахмеджанов (1980) считают, что они возникают естественным путем и включают в себя ятрогенные процессы, развившиеся в связи с правильным диагнозом и адекватно проведенными мероприятиями. К ассоциации болезней и состояний относится группа заболеваний (3 и более), которые этиологически и патогенетически не связаны друг с другом, но в совокупности могут обеспечивать общие смертельные осложнения и одну непосредственную причину смерти, в т.ч. включают ятрогении по неправильному диагнозу или в связи дефектами осуществления медицинских манипуляций (А.М. Лифшиц, М.Ю. Ахмеджанов, 1980).

При полипатиях на 1-е место в комбинированном заболевании выносится та нозологическая единица, которая, по мнению клиницистов и патологов, при прочих равных условиях, играет наибольшую роль в танатогенезе.

Практические примеры оформления основного заболевания при полипатиях в ПАД и МСоС:

1. Полипатия как семейство болезней:

1. Хроническая церебральная ишемия — «атеросклеротическая деменция»: атрофия головного мозга с умеренной водянкой полостей (масса мозга — 1000 гр.), мелкие кисты в подкорковых ядрах и варолиевом мосту, очаговое выпадение нейронов во всех слоях коры.

2. Старческая атрофия головного мозга: бляшки старческого некроза и альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл.

3. Патологический перелом шейки бедра в результате остеопороза.

Осложнения: Слабоумие смешанного (сосудистого и старческого) генеза, истощение, пролежни, флеботромбоз глубоких вен голеней. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).

Непосредственная причина смерти: ТЭЛА.

Медицинское свидетельство о смерти.

1. а) ТЭЛА;

б) Флеботромбоз глубоких вен голеней;

в) Хроническая церебральная ишемия («атеросклеротическая деменция») **(167.8);**

г)-.

П. 1) Старческая атрофия головного мозга **(G30.9; Р00.9).**

2) Патологический перелом шейки бедра **(М84.4).**

2. Полипатия как ассоциация болезней и состояний (В.Л. Коваленко, 1995, с.154):

1. Прогрессирующий гнойный тромбофлебит подключичных и верхней полой вен.

2.Респираторно-синцитиальная инфекция с гигантоклеточным бронхиолитом.

3. Врожденный пилоростеноз, операция пилоротомии.

Осложнения: Септикопиемия (бактериологически из легких и селезенки выделены эпидермальный стафилококк и кишечная палочка) — множественные метастатические абсцессы в легких. Синдром верхней полой вены — отек и полнокровие мягких тканей головы и плечевого пояса. Отек головного мозга и мозговых оболочек.

Непосредственная причина смерти: Сепсис.

Медицинское свидетельство о смерти.

I**.** а) Сепсис;

б) Гнойный тромбофлебит подключичных и верхней полой вен;

в) Катетеризация подключичных вен (дата) (**Т88;** доп. кодY84.8);

г)-.

II. 1) Врожденный пилоростеноз, операция пилоротомии, дата (Q40.0);

2) Респираторно-синцитиальный бронхиолит (J21.5).

3. Полипатия как ассоциация болезней.

1**.** Постинфарктный трансмуральный кардиосклероз: обширные рубцы в различных отделах миокарда левого желудочка сердца, стенозирующий атерокальциноз артерий.

2.Ревматический митральный порок сердца: склероз, деформация, сращение створок клапана, сращение и укорочение сухожильных нитей.

3. Бронхоэктатическая болезнь, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких.

Осложнения: гипертрофия миокарда желудочков и предсердий, миогенная дилатация сердечных полостей, общее венозное полнокровие, «мускатная» печень, цианотическая индурация селезенки и почек, асцит, гидроторакс, анасарка. Тромбоз дилатированного ушка правого предсердия, тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА).

Непосредственная причина смерти: ТЭЛА

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) ТЭЛА;

б) Тромбоз дилатированного ушка правого предсердия;

в) Постинфарктный трансмуральный кардиосклероз (125.2);

г)-.

II. 1) Ревматический митральный порок сердца (105.2);

2) Бронхоэктатическая болезнь (J47).

Таким образом, основные требования к ЗКД и ЛАД при моно-, би- и мультикаузальном генезе заболеваний и смерти заключаются в том, чтобы диагноз (Ф.А. Айзенштейн, 1995):

1. Устанавливал определенную нозологическую единицу(ы), но без подмены нозологической формы родовым понятием или классом заболеваний, наименованием синдрома, патологического процесса, непосредственной причиной смерти

2. Отражал этиологию, патогенез заболевания (или заболеваний) и временную последовательность развития цепи болезненных проявлений (событий).

3. Определял стадию патологического процесса, топику основных изменений и их морфологических проявлений, индивидуальных особенностей течения болезни и реакции больного на проводимые диагностические и лечебные мероприятия.

4. Не включал в рубрики нечетких терминов и определений, в которых отсутствует информация о характере болезненных проявлений в конкретном наблюдении.

Поэтому к типовым ошибкам формулирования ЗКД и ПАД А.М. Лифшиц и М.Ю. Ахмеджанов (1992) относят:

1. Подмену нозологической формы синдромом или симптомом.

2. Малую информативность диагноза и недостаточное раскрытие особенностей конкретного наблюдения.

3. Неясность патогенетических связей между компонентами диагноза (хаотичность построения) и включение нескольких противоречивых версий.

4. Аморфный перечень (конгломерат) болезней и осложнений, неполный фрагментарный диагноз, недоучет ятрогений и нераскрытие танатогенеза.

5. Несоответствие МКБ (затруднение или невозможность правильной классификации случая).

6. Необоснованные диагнозы (диагнозы-догадки), запоздалые и «застывшие» диагнозы и ложный динамизм.

7. Недостаточность или несоответствие информации для классификации случая по клинико-статистическим группам и для экономических расчетов.

8.Ятрогенные диагнозы с избыточной и нецелесообразной информацией в документах, доступных больному и посторонним лицам.

9. Недоучет побочных эффектов лечения и психологических особенностей пациента.

Ошибочно сформулированные диагнозы не позволяют точно определить первоначальную причину смерти и вызывают подозрение родственников (законных представителей) умершего в прижизненно его «ненадлежащем лечении», "что чревато юридическими последствиями.

После составления ПАД в протоколе вскрытия оформляется клинико-анатомический эпикриз по ниже приведенным правилам.

3.3. Требования к составлению клинико-анатомического эпикриза

Клинико-анатомический эпикриз является заключением врача после патологоанатомического вскрытия. Он представляет собой суждение, о механизме и причине смерти, сделанное на основании сопоставления клинических и анатомических данных.

Составление эпикриза тесно связано с формулированием ПАД, поэтому эпикриз и диагноз взаимно дополняют друг друга. По мнению А.В. Смольянникова (1970), О, К. Хмельницкого (1971; 1991), Г.Г. Автандилова (1090)

клинико-анатомический эпикриз имеет свой алгоритм и должен включать следующие разделы:

1. Обоснование основного заболевания (т.е., объяснение того, почему из нескольких обнаруженных нозологических форм именно данная форма признана основной).

2. Характеристику динамики развития (патогенеза) основного заболевания (давность, клиническая форма, основные синдромы, тип течения, фазы и/или стадии, степень активности, функциональные нарушения) и проведение в необходимых случаях дифференциальной диагностики.

3. Освещение роли и особенностей сочетанных, конкурирующих, фоновых, сопутствующих заболеваний и полипатий.

4. Объяснение характера клинических проявлений и причин возможной ошибочной трактовки в клинике обнаруженных изменений.

5. Оценку особенностей данного секционного наблюдения, включая проявления патоморфоза.

6. Анализ процессов, обусловленных проведением лечебно-диагностических мероприятий (в т.ч. реанимационную патологию) и их влияние на клинико-морфологические проявления болезни.

7. Обсуждение обоснованности, своевременности и объема проведенных оперативных вмешательств.

8. Проведение танатологического анализа данного наблюдения в виде выяснения первоначальной и непосредственной причин смерти, возникновения осложнений и развития механизма смерти, влияния медицинских мероприятий.

9. Проведение сличения (сопоставления) ЗКД и ПАД по всем его рубрикам, с анализом категории и причин расхождения по основному заболеванию и/или смертельному осложнению.

10. Оценка своевременности госпитализации и диагностики, лечения, их влияния на исход болезни.

При оформлении эпикриза должна использоваться терминология, заложенная в ПАД и МСоС, с обозначением первоначальной причины смерти (а не промежуточной и/или непосредственной). *Например,* «больной умер от острого аппендицита, осложненного перитонитом», а не «больной скончался от перитонита, осложнившего острый аппендицит» (Г.Г. Автандилов, 1990).

Практические примеры оформления клинико-анатомического эпикриза:

3.3.1. При монокаузальном генезе

Больной, 60 лет, умер через 5 суток от момента приступа коронарных болей. По клиническим и инструментальным (ЭКГ и др.) данным установлен обширный трансмуральный передне-перегородочный инфаркт миокарда. На вскрытии, помимо инфаркта данной локализации, был обнаружен разрыв и гемотампонада сердца, а также реанимационные переломы ребер и камни в желчном пузыре.

Правильное оформление клинико-анатомического эпикриза в этом случае будет заключаться в следующем.

«На основании патологоанатомического вскрытия, данных истории болезни, гистологического исследования (перечислить всякие другие, если они были — бактериологического, биохимического…) прихожу к выводу, что смерть (Ф., инициалы), 60 лет, наступила от первичного трансмурального передне-перегородочного инфаркта миокарда, осложнившегося разрывом инфарцированного миокарда и гемотампонадой сердечной сумки (350 мл. крови).

При патологоанатомическом вскрытии обнаружен крупноочаговый трансмуральный первичный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка и прилежащих отделов межжелудочковой перегородки, что совпадает с клиническими данными. Отмечен разрыв инфарцированного миокарда передней стенки с гемотампонадой сердечной сумки, что не было распознано клинически. Непосредственной причиной смерти является остановка сердца вследствие гемотампонады сердечной сумки.

При гистологическом исследовании наблюдается некроз мышечных волокон, массивная лейкоцитарная инфильтрация с их распадом и фокусы грануляционной ткани по контуру некротических участков; это подтверждает клинические данные о давности инфаркта в пределах 5 суток.

При наличии средне-левого типа коронарного кровообращения, найден стенозирующий атеросклероз (более 50% просвета) передней ветви левой коронарной артерии с кровоизлиянием в бляшку и пристеночным тромбом без признаков, его организации, который следует считать причиной острого нарушения коронарного кровообращения, приведшего к инфаркту миокарда.

Переломы ребер по срединно-ключичной линии (3-4 слева; 3-6 справа) возникли вследствие реанимационных мероприятий, проводимых клинически при внезапной остановке сердца; они были отнесены в диагнозе к сопутствующему заболеванию, так как какой-либо значимой роли в танатогенезе они не имели. По этой же причине в рубрику сопутствующего заболевания в патологоанатомическом диагнозе были отнесены и камни желчного пузыря, обнаруженные на вскрытии.

Наблюдается совпадение патологоанатомического и клинического диагнозов по основному заболеванию, но имеется клинически нераспознанное смертельное осложнение (разрыв сердца с гемотампонадой сердечной сумки) в связи с трудностью диагностики.

Шифр основного заболевания — 121.0.

Подпись врача-патологоанатома, дата.

3.3.2. При бикаузальном генезе смерти (комбинированное сочетанное заболевание)

На основании патологоанатомического вскрытия, данных истории болезни, гистологического исследования (перечислить всякие другие, если они были — бактериологического, биохимического...) прихожу к выводу, что смерть (Ф., инициалы), 61 лет, наступила от комбинированного основного

заболевания (сочетанных заболеваний) в виде глиобластомы лобной доли левого полушария головного мозга и ишемического инфаркта правого полушария мозжечка, которые в совокупности осложнили очаги некроза и кровоизлияний ткани головного мозга с развитием выраженного отека головного мозга с дислокацией его ствола, отчего и наступила смерть больного.

При патологоанатомическом исследовании в головном мозге была обнаружена большая опухоль лобной доли левого полушария с некрозами и кровоизлияниями; ишемический инфаркт правого полушария мозжечка, дислокацию мозга с вклинением под наметы мозга и мозжечка, в шейную дуральную воронку; стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (стеноз основной артерии до 50%), крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка, стенозирующий атеросклероз артерий сердца (стеноз до 50%), атеросклероз аорты (атерокальциноз) и артерий головного мозга (стеноз до 25%), хронический обструктивный бронхит и камни желчного пузыря.

При гистологическом исследовании отмечена недифференцированная глиобластома с выраженными нарушениями питания и ишемический инфаркт с распадом ткани и наличием групп «зернистых шаров», что указывает на давность инфаркта в пределах 5-7 суток и соответствует клиническим данным. Развитие инфаркта мозга и нарушения питания в опухоли можно связать со стенозирующим атеросклерозом основной артерии головного мозга. Учитывая наличие общих осложнений (некрозы и кровоизлияния ткани мозга), которые в совокупности привели к отеку мозга с его дислокацией и вклинением, ПАД оформляется в виде комбинированного основного заболевания (сочетанных заболеваний): 1) глиобластомы лобной доли левого полушария головного мозга и 2) ишемического инфаркта правого полушария мозжечка.

Найденные на вскрытии крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка, стенозирующий атеросклероз артерий сердца (стеноз до 50%), атеросклероз аорты (атерокальциноз) и артерий головного мозга (стеноз до 25%), хронический обструктивный бронхит и камни желчного пузыря гистологически не имели каких-либо значимых проявлений. Поэтому в ПАД они были отнесены к сопутствующим заболеваниям, так как не играли существенной роли в танатогенезе.

Клинически не была распознана глиобластома, поэтому имеется расхождение диагнозов по одному из основных (сочетанных) заболеваний I категории в связи с объективной трудностью диагностики в виде кратковременного пребывания (до 1 суток) и тяжелого бессознательного состояния больного.

Шифр основного заболевания - (С71.1; 63.5).

Подпись врача-патологоанатома, дата.

3.3.3. При мульти каузального генезе смерти (ассоциации болезней и состояний)

На основании патологоанатомического вскрытия, данных истории болезни, гистологического, бактериологического и вирусологического исследования (перечислить всякие другие, если они были — биохимического...) при-

хожу к выводу, что смерть девочки (Ф., инициалы), 1 мес. и 26 дней, наступила от полипатии в виде ассоциации болезней и состояний: 1) прогрессирующего гнойного тромбофлебита подключичных и верхней полой вен, 2) респираторно-синцитиальной инфекции с гигантоклеточным бронхиолитом и 3) врожденного пилоростеноза, которые в своей совокупности осложнились сепсисом, от которого и наступила смерть.

Девочка в возрасте 1 мес. и 10 дней поступила в больницу для операции пилоротомии по поводу врожденного пилоростеноза. Через 1 неделю после операции в связи с резким ухудшением состояния, выраженной одышки и цианоза, для проведения интенсивной терапии была выполнена пункция и катетеризация подключичных и верхней полой вен. Однако состояние девочки прогрессивно ухудшалось, развился синдром верхней полой вены и сепсис, подтвержденный прижизненно. По клиническим данным смерть девочки наступила в возрасте 1 мес. и 26 дней от сепсиса как основного заболевания.

При патологоанатомическом исследовании был обнаружен прогрессирующий гнойный тромбофлебит подключичных и верхней полой вен, множественные метастатические абсцессы в легких, отек легких и головного мозга, отек и полнокровие мягких тканей головы и плечевого пояса как проявление синдрома верхней полой вены.

При гистологическом исследовании отмечено нагноение тромботических масс и их распад с наличием колоний микробов, имелись признаки организации тромбов, что соответствует давности патологического процесса в пределах 5-7 суток. В легких обнаружены множественные метастатические абсцессы такой же давности, а также распространенная респираторно-синцитиальная инфекция с гигантоклеточным бронхиолитом. Бактериологически из легких и селезенки выделены эпидермальный стафилококк и кишечная палочка.

Анализ клинических и патологоанатомических данных позволили трактовать сепсис в виде осложнения прогрессирующего гнойного тромбофлебита катетеризированных подключичных и верхней полой вен. Врожденный пилоростеноз с операцией пилоротомии и респираторно-синцитиальная инфекция с гигантоклеточным бронхиолитом были включены в основное заболевание (2 и 3 места в полипатии) как состояния, обусловившие необходимость проведения интенсивной терапии.

В результате сличения ЗКД и ПАД было выставлено расхождение диагнозов по II категории в связи с неправильным оформлением ЗКД.

Шифр 1-го основного заболевания — (Т88.9; доп. код Y84.8); коды других заболеваний в полипатии —Y21.5; Q40.0).

Подпись врача-патологоанатома, дата.

Таким образом, рассматривая приведенные выше примеры оформления клинико-анатомического эпикриза, необходимо отметить:

1. Сформулированное в 1-м абзаце эпикриза короткое и однозначное мнение врача-патологоанатома о первоначальной причине смерти при моно-, би- и мультикаузальном генезе смерти, является заключением о смерти, согласно требованиям МКБ-10 (О.В. Зайратьянц и соавт.,.1999, 2001, 2003).

2. Остальной текст является развёрнутым описанием секционного наблюдения, что соответствует установленным требованиям оформления клинико-анатомического эпикриза (А.В. Смольянников, 1970; О.К.Хмельницкий, 1971, 1991; Г.Г. Автандилова, 1990, 1994 и др.).

3.4. Требования к сопоставлению (сличению) клинического и патологоанатомического диагнозов

При сопоставлении ЗКД и ПАД применяются понятия «совпадение» или «расхождение» для сличении только рубрики «основное заболевание» (первоначальная причина смерти).

Отдельно проводится сопоставление диагнозов по смертельному осложнению (непосредственной причине смерти) и основным сопутствующим заболеваниям, что записывается при их несовпадении как нераспознанное смертельное осложнение (сопутствующее заболевание) при совпадении диагнозов по первоначальной причине смерти. Т.А. Федорина (2001) предлагает оценивать их как расхождение диагнозов по этим разделам.

При сопоставлении диагнозов предлагается учитывать только тот клинический диагноз, который вынесен на титульный лист истории болезни или указан как заключительный в амбулаторной карте умершего, а нерубрифицированные или со знаком вопроса ЗКД во всех случаях должны считаться расхождением диагнозов по II категории (причина — неправильная формулировка или оформление диагноза), так как такой диагноз не позволяет провести сличение с НАД и он непригоден для кодирования и анализа (О.В. Зайратьянц и соавт., 1999).

Расхождением диагнозов (РД) считается несовпадение любой нозологии из рубрики основного заболевания, если неправильно диагностированы:

1. Этиология *(например,* пневмококковая пневмония вместо стафилококковой).

2. Сущность нозологической формы (т.е., язва вместо рака желудка).

3. Характер патологического процесса (ишемический инфаркт вместо внутримозгового кровоизлияния).

4. Локализация поражения (рак поджелудочной железы вместо рака желудка).

5. Одно из заболеваний, входящих в состав комбинированного основного заболевания (из конкурирующих, сочетанных, фоновых заболеваний) или полипатий.

Следовательно, при КОЗ расхождением диагнозов будет любое недиагностированное основное заболевание (из конкурирующих, сочетанных, фоновых заболеваний), а также их гипер- или гиподиагностика.

В ПАД по сравнению с ЗКД может изменяться очередность конкурирующих или сочетанных заболеваний (то, которое было на первом месте, перейдет на второе и наоборот), что О.В. Зайратьянц и соавт. (1999) предлагают избегать и в случаях совпадения диагнозов оставлять очередность, принятую в ЗКД. Однако они же считают, что если есть убедительная объективная причина для изменения очередности нозологических форм в ПАД, а все нозоло-

гии, входящие в КОЗ совпадают, то нужно выставлять совпадение диагнозов, а в клинико-анатомическом эпикризе обосновать причинау изменения структуры диагноза, как и в случаях поздней (несвоевременной) диагностики:

При РД должна указываться категория и объективные или субъективные причины расхождения.

Категории РД определяются как по значению диагностической ошибки для исхода заболевания, так и по возможности или невозможности правильной прижизненной диагностики заболевания (они установлены в Приложении 7 к Приказу МЗ СССР от 04.04.1983 г., № 375).

I категория РД — «заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном ЛПУ установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания в данном учреждении».

Следовательно, правильный диагноз в ЛПУ нельзя было установить по объективным причинам, а диагностическая ошибка не повлияла на неблагоприятный исход болезни.

П категория РД — «заболевание не было распознано в данном ЛПУ в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований; при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, но правильный диагноз мог и должен был быть поставлен».

Мы утверждаем (В.А. Рыков и соавт., 2003), что диагностическая ошибка при П категории РД возникает только по субъективным причинам, что установлено и Минздравом, так как правильный диагноз мог и должен был быть поставлен. Однако О.В. Зайратьянц и соавт. (1999,2003) считают, что такая ошибка может возникать и по объективным причинам.

Ш категория РД — «неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную практику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе». Является общепризнанным, что установление правильного диагноза в ЛПУ в этом случае было возможным, а ошибка, возникающая только по субъективным причинам, обусловила ненадлежащее (недостаточное, неполноценное и/или неверное) лечение, сыгравшее решающую роль в смертельном исходе заболевания.

Приказом МЗ СССР от 04.04.83 г., № 375 (Приложение 7) определено, что только П и Ш категории РД относятся к ЛПУ, в котором умер больной, а I категория РД записывается за тем ЛПУ, в котором помощь оказывалась до поступления больного в стационар.

К **объективным причинам** РД относятся:

1. Кратковременность пребывания больного в стационаре (до 1-х суток или до 3-х суток, по мнению О.В. Зайратьянца и соавт., 1999, 2001, 2003).

2. Трудность диагностики заболевания (трудность контакта с больным; отсутствие необходимого диагностического и лечебного оборудования; невозможность проведения дополнительных методов обследования и/ или привлечения консультантов; атипичность и стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания и др.).

3.Тяжелое или бессознательное состояние больного, препятствующее обследованию, так как их проведение может привести к ухудшению состояния больного (наличие объективных противопоказаний).

4. Смерть в приемном отделении (Т.А. Федорина, 2001).

5. Сокрытие больным важной информации, необходимой для диагностики и дифференциальной диагностики и др. и/или наличие обстоятельств непреодолимой силы в виде невозможности экстренной доставки больного в квалифицированный стационар, внезапное отключение электроэнергии во время операции и др. (В.А. Рыков и соавт.,2003).

Субъективные причины РД включают в себя:

1. Недостаточность обследования больного.

2. Недоучет клинических данных.

3.Недоучет анамнестических данных.

4.Недоучет лабораторных, рентгенологических данных.

5. Переоценка лабораторных, рентгенологических данных.

6 Переоценка диагноза консультантов.

7. Неправильное оформление и построение диагноза.

8. Прочие причины, к которым относятся:

♦ недостаточная подготовка врача и отсутствие у него должной настороженности и внимания (Т.А. Федорина, 2001);

♦ профессиональное невежество и недостаток знании при возможности их получения, невнимательное и небрежное отношение к больному (В.А. Рыков и соавт.,2003);

♦ недоучет профессии больного и установление диагноза в основном по данным специальных исследований (Т.А. Федорина, 2001).

Диагностические ошибки врачей-патологоанатомов также могут быть объективного и субъективного характера (Т.А. Федорина, 2001).

К объективным ошибкам автор относит:

1. Невозможность проведения полного и детального вскрытия трупа.

2. Отсутствие возможности выполнения гистологического, бактериологического, вирусологического и др. специальных исследований.

3. Отсутствие необходимых данных клинического параклинического обследования, сущности заболевания, его танатогенеза.

Субъективные ошибки прозектора включают в себя:

1. Недостаточная квалификация прозектора и переоценка им своих знаний.

2. Поспешность, недостаточное внимание и бессистемность проведения вскрытия.

3.Отсутствие дополнительных исследований (гистологических, цитологических, бактериологических и др.) при наличии возможности их проведения.

4. Недоучет клинических и параклинических данных, некритичность их восприятия, переоценка патологоанатомических данных и стремление их «подогнать» к клиническому диагнозу.

5. Отказ от консультаций с более опытными патологоанатомами при наличии такой возможности.

При сличении диагнозов по основному заболеванию решение принимается единолично врачом-патологоанатомом и, согласно действующему законодательству, без его согласия диагноз и заключение о смерти никто не может отменить, кроме судебного решения по результатам независимой медицинской экспертизы (ч. 1 ст. 48; ч. 5 ст. 53 Основ). Поэтому мнение О.В. Зайратьянца и соавт. (1999, 2003) о том, что окончательное клинико-экспертное заключение по каждому конкретному летальному исходу принимается только коллегиально на КАК, КИЛИ, ЛКК является юридически некорректным.

Положения о КАК, КИЛИ и ЛКК приведены в Приложении 10, 11, 12.

Важность сличения ЗКД и ПАД определяется тем, что количество и характер категорий РД являются одним из важнейших критериев для оценки качества диагностики и лечения больных в каждом конкретном ЛПУ.

Поэтому при РД у ЛПУ (лечащего врача) могут появляться определенные последствия, возникающие как со стороны страховой медицинской организации (СМО), так и со стороны пациента, родственников или законных представителей больного.

Медико-страховые последствия могут заключаться в том, что в случаях РД СМО имеют право требовать возмещения от юридических и физических лиц, ответственных за причинение вреда здоровью пациента, расходов, затраченных на оказание застрахованному гражданину медицинской помощи, за исключением случаев, когда вред причинен страхователем (ст. 28 Закона от 28.06.91 г., № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РФ».

К правовым последствиям ошибочного диагноза относятся требования пациента (родственников, законных представителей) о возмещении в судебном порядке материального ущерба и компенсации морального вреда, причиненного здоровью и/или жизни больного (см. так же Письмо ФФОМС от 05.05.98 н., № 1993 /36.1-и).

Возможность удовлетворения претензий, прежде всего, зависит от установления врачами-патологоанатомами причины РД и квалификации нежелательных результатов оказания медицинской помощи (В.А Рыков и соавт., 2003; см. главу П справочника), так как после патологоанатомического вскрытия можно точно определить наличие или отсутствие ошибочного диагноза, категорию и причины РД и помочь врачам-клиницистам избежать ответственности при необоснованных претензиях со стороны СМО и пациентов.

Таким образом, точное выполнение имеющихся нормативных актов, устанавливающих требования по оформлению диагноза, шифровки первоначальной причины и заключения о смерти, клинико-анатомического эпикриза и правил сличения ЗКД и ПАД будет свидетельствовать о должной заботливости и необходимой осмотрительности работников ПАС, что означает и надлежащее выполнение ими своих профессиональных

Глава IV
ТРЕБОВАНИЯ МКБ-10 ПО КОДИРОВАНИЮ ПРИЧИН СМЕРТИ И ОФОРМЛЕНИЮ СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ

Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней в буквенно-цифровые коды, что обеспечивает удобство анализа данных.

Она построена по алфавитно-цифровому принципу, содержит 21 класс болезней и 4 дополнительных раздела, посвященных специальным перечням для статистической разработки данных о заболеваемости и смертности, и состоит из 3-х томов: I том (2 части) — перечень нозологических форм по классам и кодам; II том — сборник инструкций; Ш том — алфавитный указатель.

Классы болезней и дополнительные разделы.

I. Инфекционные и паразитарные болезни (A00-A99; B00-B99).

П. Новообразования (C00-C97; D00-D48).

III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)

IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (EO0-E90).

V. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99).

VI. Болезни нервной системы (G00-G99).

VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-159).

VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка (H60-H95).

IX. Болезни системы кровообращения (I00-I99).

X. Болезни органов дыхания (J00-J99).

XI. Болезни органов пищеварения (К00-К93).

XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99).

XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (MO0-M99).

XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99).

XV. Беременность, роды и послеродовой период (000-099).

XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96).

XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99).

XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99).

XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-S99; T00-T98).

XX. Внешние причины заболеваемости и смертности (V01-V99; WOO-W99; X00-X99; Y00-Y98).

XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Z00-Z99).

Дополнительные разделы:

1. Морфология новообразований (M8000/0-M9989/1) — см. ч. 2, т. 1, стр. 877-599.

2. Специальные перечни для статистической разработки данных смертности и заболеваемости, 4 из них — для данных о смертности и 1 — для данных о заболеваемости.

3. Определения.

4. Положения о номенклатуре.

Основой МКБ-10 является трехзначный код, который служит обязательным для кодирования болезней, а четырехзначные подрубрики могут быть использованы для уточнения.

Первым знаком кода в МКБ-10 является буква, и каждая буква соответствует определенному классу болезней, за исключением букв D и H (в классах I, II, XIX и XX-в 1-м знаке кода используется более одной буквы). Введение в рубрики букв позволяет закодировать в каждом классе до 100 трехзначных категорий (например, A.00.0 — A.99.9). Из 26 букв латинского алфавита 25 было использовано (буква U оставлена вакантной для ее использования с целью внесения последующих дополнений и изменений). Число свободных рубрик в разных классах неодинаково.

Записи об исключении из того или иного класса ряда нозологических форм представлены в начале каждого класса и, по сравнению с МКБ-9, значительно расширены.

4.1. Общая характеристика МКБ-10

Каждый класс заболеваний отличается большой детализацией отдельных нозологических форм. В начале каждого класса дается обзорный блок включенных в него трехзначных рубрик, а также (если это необходимо) категорий, обозначенных «звездочкой».

Блоки трехзначных рубрик в МКБ-10 содержат 10 под рубрик, что облегчает поиск нужного кода. Во всех подрубриках четвертый знак «8 » обозначает «другие, не указанные выше состояния», а четвертый знак «.9»— неуточненная информация (заболевание, синдром и т.д.)». Знак «-» указывает на наличие четвертого знака, который следует использовать при шифровке.

При шифровке причины смерти в патологоанатомической практике не следует использовать последний знак «.9», так как возможности вскрытия позволяют уточнить характер заболевания (О.В. Зайратьянц и соавт., 2003).

В рамках трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик перечисляется ряд «включенных терминов», которые даются в дополнение к названиям рубрик как примеры диагностических формулировок, классифицируемых в данной рубрике и указывающих на ее содержание. Они могут обозначать различные состояния или быть синонимами, но они не являются подклассификацией этой рубрики (т. 2, стр. 20).

Пример:

I21 Острый инфаркт миокарда.

Включен: инфаркт миокарда, уточненный как острый (или установленной продолжительностью 4 нед. (28 дней) или менее от начала).

Если некоторые рубрики содержат перечни «исключенных терминов», которые могли бы быть отнесены к этой рубрике, то они должны классифицироваться в других рубриках.

«Исключенные термины» всегда имеют коды, которыми их следует классифицировать (в отличие от «включенных терминов»).

Пример:

I21 Острый инфаркт миокарда.

Исключены: некоторые текущие осложнения после острого инфаркта миокарда (I23.-); инфаркт миокарда, перенесенный в прошлом (I25.2) и др.

«Включенные» и «исключенные» термины располагаются сразу после названия класса или трехзначной рубрики, поэтому являются для них общими.

Примечания в перечнях классов заболеваний относятся ко всем случаям использования классификации. Однако, если примечания касаются только заболеваемости или смертности, то они приведены в специальных комментариях, сопровождающих правила кодирования заболеваемости или смертности.

Инструктивные указания для некоторых классов, в которых могут возникнуть проблемы при шифровке, приведены отдельно (т. 2, стр. 125-138).

Пример:

B20-B24 Болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

В этом блоке даны рубрики и подрубрики для болезни, вызванной ВИЧ, и сопутствующих ей различных заболеваний, поэтому следует использовать данные коды с 4-м знаком. Код B22.7 нужно использовать в том случае, если имеются состояния, классифицируемые в других рубриках.

Круглые ( ) и квадратные [ ] скобки заключают в себе дополнительные термины, расшифровывающие диагностические термины или их синонимы, что позволяет точно отобрать нужный код.

Примеры:

1.A55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая).

2. A98.0 Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго).

3. A30 Лепра [болезнь Ганзена].

4. A50.4 Поздний врожденный нейросифилис [ювенильный нейросифилис].

Предусмотрено двойное кодирование некоторых состояний, при этом главным кодом является код основной болезни (он помечен «+»), а дополнительный код о конкретном проявлении болезни указан «*»; он не может быть использован изолированно от основного.

Всего в МКБ-10 указано 83 состояния, помеченные кодом «*» (т. 2, стр. 21).

Примеры:

1.А18.1 «+» Туберкулез мочеполовых органов (туберкулез мочевого пузыря N33.0 «*»; туберкулез шейки матки N74.0 «*»).

2. Артрит при болезни Лайма (т. 2 стр. 111) имеет основной код А69.2 «+», (дополнительный код-M01.2 «*»).

З.М32.1 «+» Системная красная волчанка с поражением других органов и систем (при поражении почек дополнительными кодами будут - N08.5 «*», N16.4 «*»).

Аббревиатура «БДУ» обозначает «без дополнительных уточнений», что соответствует терминалам «неуточненный» или «неустановленный» (т. 2, стр. 26).

Примеры:

1.I11.9 Гипертензионная болезнь сердца БДУ.

2.I12.9 Почечная форма гипертонической болезни БДУ.

Применяемые в некоторых рубриках слова «Не классифицируемый в других рубриках» служат предупреждением, что некоторые уточненные формы данных состояний могут быть классифицированы в иных рубриках (т. 2, стр. 27).

Примеры:

J16 «Пневмония, вызванная другими инфекционными агентами, не классифицированная в других рубриках» включает в себя подрубрики J16.0 (пневмония, вызванная хламидиями) и J16.8 (Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными агентами) — см. -ч. 1, т. 1, стр. 535.

Исключены: Орнитоз (А70), пневмоцистоз (В59) и др.

Термин «Не классифицированный в других рубриках» используется также в Алфавитном указателе (т. 3 МКБ) в виде аббревиатуры «НКДР».

Союз «и» в названиях применяется для обозначения «и/или».

Пример:

В рубрике А18.0 (Туберкулез костей и суставов) должны классифицироваться все случаи «туберкулеза костей» (М90.0 «*»), «туберкулеза суставов» (М01.1 «*»), «туберкулеза костей и суставов» и др.

Знаки «точка», «тире» используются в тех случаях, когда 4-й знак подрубрики заменен «точкой с тире». Это означает, что четвертый знак существует и его надо искать в соответствующей рубрике (данное предупреждение касается как основного перечня заболеваний 1-го тома МКБ-10, так и 3-го тома (Алфавитный указатель)— см т. 2, стр. 27.

Примеры:

Рубрика GOЗ обозначает «Менингит, обусловленный другими и неуточненными причинами», в ней исключено: менингоэнцефалит и менингомиелит (G04.-). Поэтому в рубрике G04.- нужно найти нозологическую форму с расшифровкой 4-го знака (G04.1- Тропическая спастическая параплегия; G04.2- Бактериалтьный менингоэнцефалит, не классифицированный в других рубриках; G04.8- Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит, в т.ч., Постинфекционный энцефалит и энцефаломиелит БДУ; G04.9- Энцефалит, миелит и

энцефаломиелит неуточненный, в т.ч., Вентрикулит (церебральный) БДУ — см. т. 1, ч. 1, стр. 397.

Для контроля качества шифровки специально выделены рубрики, имеющие общие признаки (т. 2, стр. 28-29):

♦ рубрики со «звездочкой» (знак «*») всегда применяются как дополнительный код к основному коду со знаком «+» и не могут использоваться в качестве самостоятельного кода, поэтому все эти рубрики имеют знак «*»: D63, D77, E35, E90, FOO, F02, G01, G02, G05, G07, G13, G22, G26, G32, G46, G53, G55, G59, G63, G73, G94, G99, HO3, H06, H13, H19, H22, H28, H32, H36, H42, H45, H48, H58, H62, H67, H75, H82, H94, I32, I39, I41, I43, I52, I68, I79, I98, J17, J99, K23, K67, K77, K87, K93, L14, L45, L54, L62, L86, L99, M01, MO3, M07, M09, M14, M36, M49, M63, M68, M73, M82, M90, N08, N16, N22, N29, N33, N37, N51, N74, N77, P75;

* рубрики, касающиеся только женского пола: A34, B37.3, C51 — C58, C79.6, D06.-, D07.0 – D07.3, D25 — D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-, M80.1, M81.0-, M81.1, M83.0, N70 — N98, N99.2 — N99.3, 000 — 099, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4,S37.4-S37.6, T19.2 — T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32 - Z36, Z39, Z43.7, Z87.5, Z97,5;

* рубрики, касающиеся только мужского пола: B26.0, C60 — C63, D07.4 — D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5,F52.4, I86.1, L29.1, N40 — N51. Q53-Q55, R86, S31.2 — S31.3, Z12.5;

« рубрики для кодирования «последствий болезней ...» (остаточных явлений), более не находящихся в активной стадии: (B90 — B94, E64.-, E68, G09,I69, 097, T90 — T98, Y85 — Y89); они не зависят от промежутка времени между началом болезни (травмы) и смертью (для определенных состояний он считается в 1 год и более (*например* -097 «Смерть матери от последствий прямых акушерских причин»), если срок не указан, он считается в 1 год и более (т. 2, стр. 77); также отмечено, что предпочтительней кодировать природу данного последствия, к которому следует добавить дополнительный код «Последствие отдельных состояний» (т. 2, стр. 115).

Примеры:

Рубрика B90 «Последствия туберкулеза» включает 5 кодов; I69 «Последствия цереброваскулярных болезней» - 6 кодов; рубрикой T96 кодируются «Последствия отравлений лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами», классифицированных в рубриках T36 — T50»; 4 рубриками дополнительного кода Y88 шифруются «Последствия терапевтических и хирургических вмешательств как внешних причин заболеваемости и смертности».

♦ рубрики для кодирования «Нарушения после медицинских процедур» (E89.-, G97.-, H59.-, H95.-, I97.-, K91.-, M96.-, N99.-), а также T80 — T88; для идентификации связи с медицинской процедурой может быть добавлен факультативный дополнительный код рубрик Y83 — Y84. Указания по кодированию первоначальной причины смерти (основного заболевания) представлены в т. 2, стр. 54-69, которые касаются в основном правил кодирования при

неправильно заполненном медицинском свидетельстве о смерти, что мало касается врачей-патологоанатомов, ибо они знают правила записи рубрик данных свидетельств.

Учитывая, что коды МКБ-10 предназначены не только для шифровки причин смерти, но и для кодирования причин обращения за врачебной помощью, для статистического анализа патологических состояний, явившихся причинами госпитализации, по поводу которых проводилось лечение, не все коды могут быть использованы для шифровки патологоанатомического диагноза и причин смерти.

В МКБ-1,0 (т. 2, стр. 54-69), отмечен ряд рубрик, которые не рекомендованы для шифровки первоначальной причины смерти больных после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках (они должны кодироваться в рубриках T80 — T88 и/или Y60-Y84):

G97.- Нарушения нервной системы после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках (используется рубрика R99; см. стр. 78 т. 2 МКБ-10).

H59.- Поражения глаз и его придатков после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках (используется рубрика R99; см. т. 2, стр. 78).

H95.- Поражения уха и сосцевидного отростка после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках (используется рубрика R99; см. т. 2, стр. 78).

I97.- Нарушения системы кровообращения после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках (используется рубрика R99; см. т. 2, стр. 78).

I95.- Респираторные нарушения после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках (используется рубрика R99; см. т. 2, стр. 78).

K91.- Нарушения органов пищеварения после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках (используется рубрика R99; см. т. 2, стр. 78).

M96.- Поражения костно-мышечной системы после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках (используется рубрика R99; см. т. 2, стр. 78).

N99.- Поражения мочеполовой системы после медицинских процедур, не классифицированных в других рубриках (используется рубрика R99; см. т. 2, стр. 78).

Y90-Y98 Дополнительные факторы, имеющие отношение к причинам заболеваемости и смертности, классифицированным в других рубриках.

Z00 - Z99 Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения.

Не должны использоваться для шифровки первоначальной причины смерти следующие коды:

I15.- Вторичная гипертензия (если причина не указана, используют код R99).

I23.- Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда (обычно используют коды: I21 и/или I22).

I24.0 Коронарный тромбоз, не приведший к острому инфаркту миокарда (обычно используют коды: I21 и/или I22).

I65.- Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приведший к инфаркту мозга.

I66.- Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приведший к инфаркту мозга.

008.- Осложнения, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью (надо использовать рубрики -000-007).

030.- Многоплодная беременность, если не указано более конкретное осложнение.

080 — 084 Родоразрешение (если не записана иная причина смерти матери, то используется код неуточненного осложнения -075.9).

P08.- Расстройства, связанные с удлинением срока беременности и большой массой при рождении, если указана какая-либо другая причина перинатальной смерти.

R69.- Неизвестные и неуточненные причины заболевания (используются коды R95-R99).

S00 — T98 Травмы, отравления и иные другие последствия внешних причин (эти коды используются только в качестве дополнительного кода в соответствующей рубрике блока VO1-Y80).

Необходимость учета промежутка времени между моментом возникновения болезни и смерти является весьма важным для правильной шифровки причин смерти, особенно при акушерской патологии (т. 2, стр. 76).

Примеры:

Рубрика 095 «Акушерская смерть по неуточненной причине» используется в случае, если женщина умерла во время беременности, родов или послеродового периода и единственной информацией является «акушерская или «материнская» смерть. Рубрику 096 применяют при смерти матери от любой прямой акушерской причины спустя более 42 суток, но менее 1 года, тогда рубрику O97 — через 1 год и более после окончания беременности.

Специфически сгруппированные классы имеют приоритет перед классами, которые основаны на патологии отдельных органов и систем, К таким классам относятся «Беременность, роды и послеродовый период», «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде».

В классе «Новообразования» дается кодировка локализации и характера течения (COO — C97 — злокачественные; D00 — D09 — новообразования in situ D10 —D36 — доброкачественные; D37 — D48 — неопределенного или неизвестного характера); номенклатура морфологии новообразований (M8000/0 —M9989/1) приведена в т. 1.ч. 2 (стр. 579-599). Кодовые номера морфологической классификации опухолей состоят из 5 цифр: первые 4 определяют гистологический тип новообразования, а 5-я цифра, следующая за разделительной чертой или без нее, указывает на его характер с точки зрения течения заболевания: /O — доброкачественное новообразование; /1 — ново-

образование, которое не определено как доброкачественное или злокачественное; /2 —-рак in situ (внутриэпителитальный, неинфильтративный, неинвазивный); /3 — злокачественное новообразование (первичная локализация); /6 — злокачественное новообразование метастатическое (вторичная локализация); /9 — злокачественное новообразование, которое не определено как первичное или метастатическое. Кодировку новообразований уточняют по специальной классификации МКБ-0. Перечень наиболее типичных локализаций указан в т. 2, стр. 84.

Примеры:

1. Доброкачественная аденома бронха —D14.3 (M8140/0).

2. Аденома бронхиальных желез имеет код D38.1 (морфологический код - M8140/1).

З.В МКБ-10, по сравнению с 9-м пересмотром, увеличено количество рубрик болезней, вызванных лекарственными средствами или нарушений, связанных с оказанием медицинской помощи и возникших после медицинских процедур. В конце некоторых классов (IV, XI, XV и др.) имеется перечень рубрик, предназначенных для шифровки таких нарушений.

Примеры:

1. Гипопаратироидизм, возникший после медицинских процедур — код E89.2.

2. Нарушения пищеварения после медицинских процедур, неклассифицированные в других рубриках (в т.ч. демпинг-синдром и др.) — код K91.

3. Нарушения, связанные с медицинским абортом-кодО04 —007.

Для кодирования первоначальной причины смерти, не носящей такого специфического характера, используются шифры класса XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин», в т.ч.:

♦ 36 — T50 — для отравлений лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами в результате их передозировки, неправильной выдачи или приема по ошибке;

♦ T78 — для идентификации неблагоприятных эффектов, не классифицированных в других рубриках, включая «Анафилактический шок неуточненный» (T78.2), при исключении осложнений, вызванных хирургическим или терапевтическим вмешательством, что кодируется в рубриках T80 — T88;

♦T79 — для некоторых ранних осложнений травм, включая травматическую воздушную эмболию (T78.0), но не классифицированных в других рубриках;

♦ T80 — T88 — для осложнений хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированных в других рубриках.

Примеры:

1. В классе XI «Болезни органов пищеварения» нет кода перитонита, обусловленного случайным оставлением инородного тела при лапаротомии, поэтому такой перитонит шифруется кодом T81.6 «Острая реакция на инородное вещество, случайно оставленное при выполнении процедуры», также можно добавить дополнительный код Y61.0. При проведении хирургической

операции употребляется дополнительный код Y88.1 «Последствия случайного нанесения вреда пациенту при выполнении хирургических и терапевтических процедур».

2. Послеоперационный психоз после пластической операции кодируется F09, но может быть добавлен дополнительный код Y83.8 «Другие хирургические операции» для указания причины анормальной реакции пациента и на наличие связи с медицинским вмешательством (т. 2, стр. 118).

3. Сепсис, развившийся после катетеризации подключичной вены, кодируемся шифром T81.4 «Инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках»; дополнительным кодом будет Y84.8 «Другие медицинские процедуры».

4. При перфорации правого желудочка сердца, возникшей при его катетеризации, основным кодом будет - T81.2 «Случайный прокол или разрыв при выполнении процедуры, не классифицированный в других рубриках» (дополнительный код — Y60.5 «При катетеризации сердца»).

Для отражения условий и обстоятельств причин возникших осложнений терапевтических и хирургических вмешательств применяются коды класса XX «Осложнения терапевтических и хирургических вмешательств» — рубрики Y40 — Y84, которые являются дополнительными к кодам других классов при установлении первоначальной причины смерти. Поэтому нижеприведенные коды класса XX должны добавляться к основному коду для идентификации связи ятрогенных процессов с медицинской процедурой:

♦ коды Y40 — Y59 — «Лекарственные препараты, медикаменты и биологические препараты, являющиеся причиной неблагоприятной реакции при их терапевтическом применении»;

♦ коды Y60 — Y69 — «Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических (и хирургических) вмешательств »;

♦ коды Y70 — Y82 — «Медицинские приборы и устройства, с которыми связаны несчастные случаи, возникшие при их использовании для диагностических и терапевтических целей»;

♦ коды Y83 — Y84 — «Хирургические и другие медицинские процедуры как причина анормальной реакции или позднего осложнения у пациента без упоминания о случайном нанесении ему вреда во время их выполнения».

Следовательно, ятрогенная патология может шифроваться в ряде случаев 2-мя кодами (болезнь и вмешательство).

Рубрификация дополнительных факторов (Y80 — Y98) имеет отношение к причинам заболеваемости и смертности *(например,* доказательства влияния алкоголя по содержанию его в крови, определение степени опьянения и др.).

При обострении хронического заболевания, кодируется острая форма болезни.

Примеры:

1.При обострении хронического холецистита кодируется острый холецистит —K81.0, код (K81.1) можно использовать в качестве добавочного необязательного кода для хронического холецистита (т. 2, стр. 117).

2. Если в МКБ-10 предусмотрен специальный код хронического заболевания с обострением, то эта болезнь должна шифроваться: Хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением имеет свой код — J44.1.

В классе IX «Болезни системы кровообращения», в отличие от МКБ-9, вместо термина «гипертоническая болезнь» применено групповое понятие «гипертензивная болезнь» (I10—I15). В этой группе выделяются формы с преимущественным поражением сердца (I11), почек (I12) и одновременно сердца и почек (I13), но исключаются случаи с вовлечением в процесс артерий сердца, мозга, глаза и др. (они фигурируют в качестве самостоятельных нозологических единиц). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) имеет коды (I20 — I25), поэтому она является групповым понятием и включают в себя ряд нозологических единиц (стенокардия, инфаркт миокарда, кардиосклероз, синдром Дресслера и др.). Острый инфаркт миокарда имеет продолжительность до 4-х недель или менее от начала ишемического приступа, а не 8 недель, как было ранее. Отдельным кодом выделен повторный инфаркт миокарда (I22). Для первичных и повторных инфарктов миокарда установлены локализации поражений. Выделены некоторые текущие осложнения инфаркта миокарда и другие формы острой ИБС. Подробно классифицируется сердечная недостаточность. Большой раздел посвящен хроническим ишемическим болезням сердца, а также другим состояниям после 4-х недель от начала ишемического приступа. В примечании указано, что наличие гипертензии отмечается дополнительным кодом.

4.2. Основные правила МКБ-1О по определению и кодированию первоначальной причины смерти

Статистика смертности является одним из основных источников медицинской информации о состоянии здоровья населения.

Поэтому необходимо использовать согласованную номенклатуру с едиными названиями нозологических форм» при этом основными критериями выбора названия является:

♦ специфичность;

♦ отсутствие двусмысленности (точное и полное отражение смысла названия);

♦ простота;

♦ однозначное выражение сущности болезни и, насколько это возможно, вызывающей ее причины (каждое обозначение болезни, причины смерти должны иметь только один символ, одно толкование и единообразную лексическую запись);

♦ открытость и возможность корректировки.

В 1967 г. 20-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения установила, что к причинам смерти, которые должны использоваться в медицинском свидетельстве о смерти, относятся все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы (т. 2, стр. 33).

Это определение было сформулировано:

♦ для обеспечения регистрации всей связанной со смертью информации;

♦ чтобы лицо, заполняющее свидетельство о смерти, не выбирало при записи одни состояния и исключало другие лишь по собственному усмотрению;

♦ не предусматривает включения в свидетельство симптомов и явлений, сопровождающих наступление смерти (механизм смерти), таких как сердечная или дыхательная недостаточность.

Для анализа заболеваемости по единичной причине, в т.ч. при формулировке клинического и патологоанатомического диагнозов, МКБ-10 рекомендует использовать понятие «основное состояние», т.е., расширенное понятие основного заболевания» по МКБ-9.

Основное состояние — это то состояние (т. 2, стр. 107):

♦ по поводу которого проводилось лечение или обследование во время соответствующего эпизода обращения за медицинской помощью;

♦ которое было диагностировано в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, проводились лечебные или диагностические процедуры;

♦ на долю которого пришлась наибольшая часть использованных ресурсов;

♦ как ведущий синдром или симптом, отклонение от нормы или проблему при не установленном диагнозе.

Помимо основного состояния, в медицинских документах по возможности следует перечислить раздельно другие состояния, которые имели место в течение соответствующего эпизода медицинской помощи. К другим состояниям относятся такие, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода медицинской помощи и оказывают влияние на ведение пациента.

Поэтому в МКБ-10 было рекомендовано по возможности проводить кодирование и анализ заболеваемости по множественным причинам (двойное и множественное кодирование), *например,* при комбинированном основном заболевании (часть нозологических единиц учитывается в качестве 2-х состояний) или полипатиях (в качестве 3-х состояний).

Классификация причин смерти решается просто, когда имеется только одна первоначальная причина смерти (она и кодируется). В случаях, если смерть обусловлена двумя и более заболеваниями, эта проблема решается с использованием понятия «комбинированное основное заболевание» (КОЗ) или «полипатия» (семейство или ассоциация болезней). В этих случаях выбирается лишь 1-я из указанных в КОЗ или полипатии нозологических единиц.

Не рекомендуется регистрировать состояния, которые связаны с более ранним эпизодом и которые не оказывали влияния на текущий эпизод.

Для унификации терминологии и методики выбора причины смерти на Международной конференции еще по МКБ-6 уже была достигнута договоренность об использовании в медицинской статистической документации

термина «первоначальная причина смерти» *(синоним* основного заболевания).

Первоначальная причина смерти — это:

а) «болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или

б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму» (т. 2, стр. 34).

Непосредственной причиной смерти является то смертельное осложнение (во не элемент механизма смерти), которое обусловило наступление смерти. В ряде случаев могут встретиться такие летальные исходы, в которых основное заболевание (первоначальная причина смерти) является одновременно непосредственной причиной смерти, не имея смертельных осложнений.

Пример:

Острый лимфобластный лейкоз (С91.0; М9821/3) является основным заболеванием (первоначальной причиной смерти) и, одновременно, непосредственной причиной смерти.

4.3. Требования к заполнению медицинского свидетельства о смерти

Медицинское (врачебное) свидетельство о смерти (МСоС) является одновременно медицинским, статистическим и юридическим документом особой отчетности, поэтому требуется строгое соблюдение правил их хранения, заполнения и учета.

В целях повышения качества заполнения свидетельств о смерти необходимо руководствоваться Приказом МЗ РФ от 04.12.96 г., №398 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации».

В международном бланке свидетельства о смерти (т. 2, стр. 35) в пункте «I а)», указывается болезнь или состояние, непосредственно приведшие к смерти, а в пп. «I» «b)», «c)» и «d)» — предшествовавшие причины, т.е. патологические состояния, если таковые имели место, которые привели к возникновению вышеуказанной причины.

В п. «I а)» не включаются симптомы и явления, сопровождавшие наступление смерти (механизм смерти), такие как сердечная недостаточность, нарушение дыхания и т.д.

В пункте «П» свидетельства указываются прочие важные состояния, способствовавшие смерти, во не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней.

Бланк международной формы медицинского свидетельства о причине смерти был использован для создания отечественного бланка медицинского (врачебного) свидетельства о смерти (приказ МЗ РФ от 07.08.98 г. № 241 «О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей, случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-Х»). Этим Приказом было определено, что с 01.01.99 г. должны заполняться установленные формы: (106/у-98; для перинатальной смерти - № 106-2/У-98).

Форма № 106/у-98 содержит часть «I» в виде пп. «а)», «б)», «в)» «г)», предназначенных для записи кода первоначальной причины смерти по МКБ-10, а также пункт «d», названный пунктом «г», и часть «П» (см. ниже).

Форма № 106/у-98

8. Причина смерти:

I.а) _______ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)

б) ________(патологические состояния, которые привели к возникновению вышеуказанной причины)

в)________ (основная причина смерти указывается последней)

г)________ (внешние причины при травмах и отравлениях)

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней __________

Состояние, записанное в части «I» перечня «а)», либо «б)», либо «в)» МСоС является первоначальной причиной смерти. Для указания на обстоятельства внешних воздействий (травма, отравление и т.д.) используют строку «г)», после документального подтверждения этих обстоятельств.

При монокаузальном генезе заболевания запись первоначальной причины смерти может осуществляться в разных вариантах:

1.Если определено только одно явление в цепи патологических процессов, то достаточно записи в п. «а)» части «I» свидетельства.

2. Если имело место более одного явления в этой монокаузальной цепи, то непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) вписывается в п. «а)», а предшествующая причина фиксируется последней с указанием промежуточной причины в п. «б)» части «I» свидетельства.

3. При наличии более двух явлений причинно-следственной цепи патологических процессов, исходную причину указывают последней в п. «в)», а промежуточную причину записывают в п. «б)» части «I» свидетельства.

Это значит, что в части «I» МСоС можно указывать до 3-х нозологических форм, синдромов и патологических процессов в пи. « а)», «б)», «в)», согласно патогенетической (и/или временной) последовательности снизу вверх, т.е. в обратной последовательности заполнения ПАД; т.е., одно и тоже основное заболевание (в данном случае— инфаркт миокарда) можно оформить в МСоС 3-мя способами — см. ниже.

Примеры заполнения МСоС.

1). I. а) Первичный трансмуральный инфаркт миокарда (I21);

б) -;

в) -;

г) -.

II. -----

2). I. а) Остановка сердца;

б) Первичный трансмуральный инфаркт миокарда (I21);

в) —;

г)--.

II.------.

3). I. а) Остановка сердца;

б) Разрыв инфарцированного миокарда;

в) Первичный трансмуральный инфаркт миокарда (I21);

г)-----.

П.------.

Следовательно, в п. «а)» части «I» свидетельства указывается непосредственная причина смерти, а если непосредственная (смертельное осложнение) и первоначальная (основное заболевание) причина смерти совпадают (смерть последовала от самого заболевания), то в этом пункте указывается только одно основное заболевание (первоначальная причина смерти).

В других случаях первоначальная причина смерти (основное заболевание) указывается в пп. «б)» или «в)» части «I» (в случае наличия важных промежуточных патологических процессов, расположенных между смертельным осложнением и основным заболеванием).

При КОЗ в части «I» врачебного свидетельства о смерти указывается только 1-я нозология, которая и становится первоначальной причиной смерти и шифруется по МКБ-10); остальные рубрики в части «I» не кодируются.

В части «II» медицинского свидетельства о смерти указываются важнейшие сопутствующие заболевания при монокаузальном генезе или оставшиеся нозологические формы из КОЗ или полипатии, которые потребовали проведения лечебно-диагностических мероприятий, но не более двух, и они должны кодироваться (О.В. Зайратьянц и соавт., 2003).

Таким образом, первоначальной причиной смерти, используемой для анализа, является то состояние (основное заболевание), которое записано на нижней заполненной строке части «I», в перечне пп. «а)», «б)», *в)» свидетельства.

Практические примеры оформления ПАД и МСоС:

1. Комбинированное основное заболевание (конкурирующие заболевания) (Ф.А. Айзенштейн, 1995, с. 21):

1. Первичный трансмуральный задне-перегородочный инфаркт миокарда.

2. Острый ишемический инфаркт правого полушария головного мозга.

Осложнение: Острая сердечная недостаточность, отек мозга с вклинением миндалин мозжечка и ствола мозга в шейную дуральную воронку.

Непосредственная причина смерти: Острая сердечная недостаточность.

Медицинское свидетельство о смерти.

1. а) Острая сердечная недостаточность;

б) Первичный трансмуральный задне-перегородочный инфаркт миокарда (I21.2).

II. Острый ишемический инфаркт правого полушария головного мозга (I63.5).

2. Полипатия — ассоциация болезней (М.А. Пальцев и соавт, 2002, с.201):

1. Токсический эпидермальный некролиз в ответ на внутримышечное введение пенициллина и стрептомицина: крупные очаги некроза и акантолиза эпидермиса с образованием эрозированных зон, воспалительных изменений кожи (до 90% площади кожных покровов); системный преимущественно альтеративно-продуктивный васкулит с поражением сосудов кожи, миокарда, головного мозга.

2. Катаральный фарингит, гнойный поднижнечелюстной сиалоаденит.

3.Очаговый туберкулез CI — СП сегментов правого легкого в фазе умеренной активности (бактериоскопически в очагах некроза — БК+).

Осложнения: Эксикоз, крупозный ларинготрахеобронхит; двусторонняя крупноочаговая гнойно-фибринозная пневмония, очаги некроза головного мозга.

Непосредственная причина смерти: Двусторонняя крупноочаговая гнойно-фибринозная пневмония.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Двусторонняя крупноочаговая пневмония;

б) Токсический эпидермальный некролиз (L51.2);

в)________;

г) пенициллин и стрептомицин как причина неблагоприятной реакции при терапевтическом, применении (Т36.0, доп. код Y40.0).

II. 1). Катаральный фарингит (J02.9);

2). Очаговый туберкулез I-П сегментов правого легкого в фазе умеренной активности (А15.2).

3. Полипатия — семейство болезней:

1. Хроническая церебральная ишемия («атеросклеротическая энцефалопатия»).

2.Атеросклеротичеекая гангрена правой нижней конечности. Операция ампутации в верхней трети бедра (дата).

3. Постинфарктный крупноочаговый кардиосклероз.

Осложнения: Распространенные поверхностные пролежни ягодиц, спины, пятки. Гнойный уроцистит и пиелит, двусторонняя гипостатическая пневмония. Нагноение культи. Декомпенсация гипертрофированного сердца, цианотическая индурация внутренних органов и анасарка. Истощение.

Непосредственная причина смерти: двусторонняя гипостатическая пневмония.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Двусторонняя гипостатическая пневмония;

б) Распространенные поверхностные пролежни;

в) Хроническая церебральная ишемия (I67.8).

П. 1). Атеросклеротическая гангрена правой нижней конечности, операция ампутации в верхней трети бедра (I70.2).

2). Постинфарктный крупноочаговый кардиосклероз (I25.2).

4.4. Правила кодирования основного заболевания при материнской смертности

В МКБ-10 отдельно установлены стандарты и требования к отчетности по шифровке материнской смертности, для чего специально выделен ряд определений (т. 2 стр. 151-152; ч. 2, т.1 стр. 638-629).

Материнская смерть определяется как смерть женщины, обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) и наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайна возникшей причины.

Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины, или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в период, превышающий 42 дня после родов, но менее чем 1 год после родов.

Смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины.

Случаи материнской смерти подразделяются на 2 группы:

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами: смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавшей за любой из перечисленных причин.

2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами: смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности.

Примечание. Случаи материнской смертности от ВИЧ-болезни (В20 — В24) и акушерского столбняка (А34) кодируются в классе I, их не следует включать в показатели материнской смертности (МКБ-10, т. 2, стр. 152).

Особая значимость акушерской патологии требует обязательного указания наличия беременности, родов, послеродового периода в ЗКД и ПАД. Поэтому необходимо отмечать срок и особенности беременности, продолжительность послеродового периода, наличие акушерской патологии и ее роли в развитии патологического процесса, приведшего к смерти. В связи с этим, в части случаев патология беременности, родов и послеродового периода может обозначаться как основное заболевание, или она входит в состав комбинированного основного заболевания, или располагается в рубрике «сопутствующее заболевание».

В свидетельстве о материнской смерти обязательно указывается, что женщина умерла:

• беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности);

• в процессе родов (аборта);

• в течение 42 дней после родов (аборта);

• в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов.

Практические примеры оформления НАД и МСоС:

1. Основное заболевание (Ф.А. Айзенштейн, 1995, с. 52):

Разрыв шейки и боковой стенки ребра матки во время быстрых родов при беременности 40 недель.

Осложнения. Массивное наружное и внутреннее кровотечение, геморрагический шок, операция экстирпации матки (дата); 1-е сутки послеродового периода.

Непосредственная причина смерти: Геморрагический шок.

Медицинское свидетельство о смерти.

1. а) Геморрагический шок;

б) Разрыв шейки и боковой стенки матки при беременности 40 недель (071.1);

в)-;

г)-.

П. Операция экстирпации матки (дата).

2. Основное заболевание (О.В. Акимов, 2002, с. 60):

Эмболия околоплодными водами в раннем периоде срочных родов, преждевременное излитие околоплодных вод.

Осложнения. Острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность. Интубационный фибринозно-язвениый ларингит, трахеит, двусторонняя очаговая пневмония.

Сопутствующее заболевание: Неврома ампутационной культи правой верхней конечности.

Непосредственная причина смерти: Острая дыхательная недостаточность.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Острая дыхательная недостаточность;

б) Двусторонняя очаговая пневмония;

в) Эмболия околоплодными водами (088.1);

г)---.

II. Неврома ампутационной культи правой верхней конечности (Т87.3, доп. код Y83.5).

3. Основное заболевание (ВЛ. Коваленко, 1995, с. 143):

Хронический милиарный туберкулез легких при беременности сроком 36 нед.

Осложнения: Легочно-сердечная недостаточность: миогенная дилатация полостей сердца, венозное полнокровие и дистрофия внутренних органов, Родоразрешение путем кесарева сечения.

Непосредственная причина смерти: Легочно-сердечная недостаточность.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Легочно-сердечная недостаточность;

б) Хронический милиарный туберкулез легких при беременности сроком 36 нед. (098.0; доп. код А19.8);

в)-;

г)-.

П. Операция кесарева сечения (082.0).

4. Основное комбинированное заболевание (конкурирующие заболевания) (О.В. Акимов, 2002, с. 65):

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при беременности сроком 33-34 нед, осложненной преэклампсией.

2. Неблагоприятная реакция (клиническая смерть) на введение лекарственных препаратов (указать), закрытый массаж сердца.

Осложнения. Массивное маточное кровотечение, геморрагический шок. Операция экстирпации матки (дата). ДВС-синдром: продолжающееся кровотечение из сосудов клетчатки операционных ран. Операция релапаротомии с перевязкой обеих подчревных артерий (дата). Постин-тубационный фибринозно-гнойный ларинготрахеит. Язвенный эзофагит, связанный с длительным стоянием желудочного зонда. Двусторонняя абсцедирующая пневмония. Синдром экзогенной гипергидратации: отек легких, мозга, печени, почек, асцит (1500 мл), двусторонний гидроторакс: справа (500 мл), слева (600 мл), анасарка (трансфузия 18000 мл крови и кровезаменителей).

Непосредственная причина смерти: Острая постгеморрагическая анемия.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Острая постгеморрагическая анемия;

б) Профузное маточное кровотечение;

в) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при беременности сроком 33-34 нед. (045.0);

г) -.

П. Остановка сердца на введение терапевтической дозы наркотизирующего препарата (указать какой и доза) в начальном периоде наркоза (O29.1; T88.7, доп. код Y45.8). Операция лапаротомии и экстирпации матки (дата).

5. Основное заболевание (АЛ. Милованов, 2003, с 68):

Эклампсия, судорожная форма в начальном периоде родов при беременности 39 нед. операция лапаротомии, кесарева сечения (даты).

Осложнения: Отек головного мозга, респираторный дистресс-синдром, ДВС-синдром с преимущественным поражение матки, легких и почек. Маточное кровотечение (кровопотеря 650 мл). Операция экстирпации матки (дата).

Патология плода: Синдром задержки внутриутробного развития, масса 2540 гр.

Реанимация: ИВЛ после 2-й операции в течение 2-х дней, немотрансфузий, непрямой массаж сердца, смерть (дата).

Сопутствующие заболевания: анемия беременных I степени.

Послеродовый период — 3 дня.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Мозговая кома;

б) ДВС-синдром;

в) Эклампсия (О15.1);

г) --.

П. Кесарево сечение при беременности 39 нед. (082.1), экстирпация матки (дата).

Патологоанатомический анализ причин материнских смертей, с практическими примерами оформления НАД, проведен А.П. Миловановым (2003).

4.5. Правила кодирования основного заболевания при детской смертности

Требования к регистрации мертворождений, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности установлены 43-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Определения приведены в т. 1, ч. 2, стр. 625-828 и т. 2, стр. 145-147, а также в Инструкции «Об определении критериев живорождения, мертворождения, перинатального периода (Приложение № 1 к приказу МЗ РФ от 04.12.1992 г., № 318), а также Письмом МЗ РФ от 10.03.93 г., № 06-16/3-16.

Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после, такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины, определение движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

Мертворождением (мертворожденным плодом) является смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности. На смерть указывает отсутствие после такого отделения дыхания или любых других признаков жизни у плода, таких как сердцебиение, пульсация пуповины или определенные движения произвольной мускулатуры.

Масса тела при рождении - это масса тела плода или новорожденного, регистрируемая сразу после рождения.

У живорожденных определение массы тела должно быть проведено в первый час жизни, до того, как в постнатальном периоде произойдет значительная потеря массы. Принятое в статистике группирование по массе тела при рождении с использованием интервалов в 500 г. применять не следует. Фактическая масса должна быть зафиксирована с той степенью точности, с какой она была измерена.

Понятия «малая», «очень малая», «чрезвычайно малая» масса тела при рождении не составляют взаимоисключающих категорий. Они частично совпадают друг с другом: понятие «малая» масса включает понятие «очень малая» масса тела и «чрезвычайно малая», а понятие «очень малая» включает понятие «чрезвычайно малая».

К малой массе тела при рождении относится масса менее 2500 г (до и включая 2499 г). Очень малой массой тела при рождении является масса менее 1500 г (до и включая 1499 г). Крайне малой (экстремально низкой) массой тела при рождении считается масса менее 1000 г (до и включая 999 г).

Срок беременности исчисляется с 1-го дня последней нормальной менструации. Он выражается в полных днях или полных неделях (например, события, происходящие в период между 280-м и 286-м полными днями после начала последней нормальной менструации, считаются имевшими место на 40 неделе беременности).

Срок беременности, исчисляющийся по дате последней нормальной менструации, часто является источником статистических ошибок. Во избежание ошибок необходимо помнить, что первый день следует расценивать как день «0», а не день 1-ый. Дни 0-6 соответственно составляют «полную нулевую лунную неделю», дни 7-13 — «полную первую неделю» и соответственно 40-ая неделя беременности является синонимом «полные 39 недель». Если дата последней нормальной менструации неизвестна, срок беременности следует определять на основании наиболее надежных клинических данных. Чтобы избежать непонимания, результаты расчетов в статистических таблицах необходимо указывать как в неделях, так и в днях.

Недоношенность — это роды при сроке беременности менее 37-ми полных недель (менее 259-ти дней).

Доношенность — это роды ори сроке беременности от 37-ми полных недель до менее чем 42-х полных недель (259-293 дней).

Переношенность—это роды при сроке беременности в 42 полные недели и более (294 дня или более).

Перинатальный период начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения.

Примечание: Согласно Инструкции к Приказу МЗ РФ № 318, перинатальный период начинается с 28-ми недель беременности, включает период родов и заканчивается через 7 полных дней жизни новорожденного.

Неонатальный период начинается от момента рождения и заканчивается через 28 полных дней после рождения. Неонатальная смертность (смертность среди живорожденных в первые полные 28 дней жизни) может быть подраз-

делена на раннюю неонатальнуто смертность, т.е. смертность в течение первых 7 дней жизни, и позднюю неонатальную смертность, т. е. смертность, имеющую место после 7-ми полных дней жизни до 28-ми полных дней жизни.

В записи о смерти ребенка в первый день жизни (день 0) должна быть точно указана продолжительность жизни (полных минут или часов). В случае смерти ребенка на вторые сутки (день 1), третьи сутки (день 2) и в последующие 27 полных дней жизни возраст указывается в днях. В целях международной сопоставимости отечественной статистики в области перинатологии и в связи с переходом на критерии живорождения и мертворождения, принятые Всемирной организацией здравоохранения, Приказом МЗ РФ от 04.12.1992 г., №318 предложено придерживаться выше приведенных определений. Требования к кодированию и заполнению медицинского свидетельства о перинатальной смерти определены в МКБ-10 (т. 2, стр. 98). Порядок регистрации смерти определен Инструкцией (Приложение 1 к данному Приказу МЗ РФ, № 318).

Порядок вскрытия трупов мертворожденных, новорожденных и детей определен Приказом МЗМП РФ от 29.04.94 г., № 82 (см. Приложение 1).

Международная форма свидетельства о причине перинатальной смерти см. т. 2, стр. 100. Отличием отечественной формы № 016-2/98 медицинского свидетельства о перинатальной смерти (Приказ МЗ РФ от 07,08.98 г. № 241 «О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-X»), является иное буквенное обозначение рубрик, в т.ч. замена: п. «б» вместо «b», «в», вместо «c», п. «г» вместо «d» и п. «д» вместо «e».

Особенности заполнения медицинского свидетельства о перинатальной смерти заключаются в необходимости записи причины перинатальной смерти в 5-ти подпунктах («а» до «д»), в т.ч. патологии со стороны материнского организма, оказавшей неблагоприятное воздействие на плод, и других обстоятельств, имевших отношение к смерти (форма М 016-2/98).

Форма № 016-2/98.

33. Причина перинатальной смерти:

а) Основное заболевание или патологическое состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается только одно заболевание)__________________

б) Другие заболевания или патологические состояния ребенка (плода)_______________________________

в) Основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод)___________________________________

г) Другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод)___________________________

д) Другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти_______

В пп. «а)» вносится основное заболевание или патологическое состояние ребенка (плода), явившееся причиной (указывается только одно наиболее выраженное заболевание); в пп, «б)» — другие заболевания или патологические состояния у ребенка, способствовавшие наступлению смерти; в пп. «в)» — основное заболевание или состояние матери, оказавшее наиболее важное неблагоприятное влияние на ребенка (плод), как правило, одно; в пп. «г)» — другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод); в пп. «д)» — другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти, но не классифицированные как болезнь или патологическое состояние матери или ребенка. В этой строке могут быть записаны мероприятия, предпринятые с целью родоразрешения, или родоразрешение в отсутствие лица, принимающего роды.

В случае, если заболевание (состояние) матери или последа, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), определить невозможно, то следует в пп. «в)» и «г)» делать запись «неизвестны» или «неустановлены», а не ставить в этих строках прочерк.

Такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, характеризующие механизм смерти, не следует заносить в пп. «а)», если они только не были единственным известным состояние плода или новорожденного; это также относится к недоношенности (т. 2 стр. 101). В свидетельстве также следует записывать идентифицирующие личность данные с указанием даты и времени смерти, информацию о том, родился ребенок живым или мертвым, а также результаты вскрытия. Для проведения анализа рекомендуется указывать следующие сведения о матери и ребенке:

Мать — дата рождения; число предшествующих беременностей (роды живым плодом/роды мертвым плодом/аборты); дата и исход последней из предшествующих беременностей (роды живым плодом/роды мертвым плодом/аборт).

Настоящая беременность — 1-й день последней менструации (если неизвестен, то предполагаемый срок беременности в полных неделях); дородовая медицинская помощь (число посещений — два или более: да/нет/неизвестно); родоразрешение: нормальные самопроизвольные роды в головном предлежании/другое (указать).

Ребенок — масса тела при рождении в гр.; пол: мальчик/девочка/не определен; одноплодные роды/1-й из двойни/2-й из двойни/другие многоплодные роды; если ребенок родился мертвым, то когда наступила смерть: до начала родов/во время родов/неизвестно.

В свидетельство о смерти могут быть включены и данные о лицах, принимавших роды; врач/дипломированная акушерка/другое обученное лицо (уточнить)/ другое лицо (уточнить).

МКБ-10 (т. 2, стр. 103) рекомендует кодировать отдельно все состояния, указанные в пп. «а)», «б)», «в)», «г)» и «д)».

Состояния матери, записанные в пп. «в)» и «г)», необходимо кодировать в рубриках Р00 — Р04 «Поражения плода и новорожденного, обусловленные состоянием матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения»,

но эти рубрики не следует использовать для кодирования состояний, записанных в пп. «а)» и «б)».

Состояние плода, записанное в пп. «а)» можно кодировать любыми рубриками, кроме рубрик P00 — P04, однако, в большинстве случаев нужно использовать рубрики P05 — P96 «Перинатальные состояния» или рубрики Q00 — Q99 «Врожденные аномалии».

Для кодирования состояний, записанных в пп. «а)» и «в)>, используется по одному коду, а для кодирования состояний, записанных в пп. «б)» и «г)», применяется столько кодов, сколько указано состояний; пп- «д)» свидетельства предназначен для учета других обстоятельств, имевших отношение к смерти, но не классифицированных как болезнь или патологическое состояние матери . или ребенка, поэтому не нуждается в кодировании.

Практические примеры оформления ПАД и МСоС.

1. (МКБ-10, т. 2, с. 101): Первобеременная, 26 лет. На 30-32 нед. клинически была отмечена задержка развития плода и бессимптомная бактериурия у матери. С помощью кесарева сечения был извлечен живой мальчик массой 1600 гр, плацента была 300 гр. На 3-й день ребенок внезапно умер от респираторного дистресс-синдрома. На вскрытии были обнаружены массивные гиалиновые мембраны в легких и обширное внутрижелудочковое кровоизлияние.

Основное заболевание: Респираторный дистресс-синдром.

Осложнение: Внутрижелудочковое кровоизлияние.

Непосредственная причина смерти: Внутрижелудочковое кровоизлияние.

Патология беременности и родов: Недостаточность плаценты. Бактериурия при беременности. Кесарево сечение.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

а) Внутрижелудочковое кровоизлияние (P52.1)

б) Респираторный дистресс-синдром (P22.0)

в) Недостаточность плаценты (P02.2)

г) Бактериурия при беременности (P00.8)

д) Кесарево сечение (P03.4; 014.1)

2. (МКБ-10, т. 2, с. 104): Живорожденный, смерть через 50 мин. после рождения.

Основное заболевание: Гидроцефалия.

Осложнение: Тяжелая родовая асфиксия.

Непосредственная причина смерти: Асфиксия.

Патология беременности и родов: Тяжелая преэклампсия. Затрудненные роды.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

а) Гидроцефалия (Q03.9)

б) Тяжелая родовая асфиксия (Р21.0)
в) Затрудненные роды (Р03.1)
г) Тяжелая преэклампсия (РО0.О)
д)-

3. (М.А. Пальцев и соавт., 2002, с,2 04): Доношенный мертворожденный ребенок мужского пола.

Основное заболевание: Интранатальная гибель плода: жидкая темная кровь в полостях сердца и крупных сосудах, точечные и сливные кровоизлияния в серозных оболочках сердца и легких, венозное полнокровие вещества головного мозга и внутренних органов.

Непосредственная причина смерти: Асфиксия во время родов.

Патология родов, обусловившая поражение плода: Упорная слабость родовой деятельности (нарушение сократительной способности матки).

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти.
а) Асфиксия плода интранатальная (Р20.1)
б)-
в) Упорная слабость родовой деятельности (Р03.6)
г)-
д)-

4. (В.Л. Коваленко,199б, с. 151): Женщина болеет хроническим пиелонефритом. Во 2-й половине беременности перенесла ОРВИ. Роды срочные живым плодом. Через несколько часов после рождения у ребенка возникли приступы асфиксии, от которой и наступила смерть на 2-е сутки жизни.

Комбинированное основное заболевание:

Отечно-геморрагический синдром.

Фоновое состояние: Незрелость, маловесность.

Осложнение: Асфиксия новорожденного.

Непосредственная причина смерти: Асфиксия.

Заболевание матери, не связанные с настоящей беременностью: Хронический пиелонефрит. ОРВИ во 2-й половине беременности.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти.
а) Отечно-геморрагический синдром (Р22.1)
б) Незрелость (Р05.1)
в) Хронический пиелонефрит (Р00.1)
г) ОРВИ во 2-й половине беременности (Р00.2)
д)-

5. (МКБ-10, т. 2, с. 106): Мертворожденный, смерть наступила после начала родов. Затылочное предлежание. Родоразрешение с помощью щипцов.

Основное заболевание: Интранатальная асфиксия.

Осложнение: —

Непосредственная причина смерти: Аноксемия во время родов.

Патология родов: Затылочное предлежание. Родоразрешение с помощью щипцов.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

а) Тяжелая внутриутробная асфиксия (P20.9)

б)-

в) Роды в затылочном предлежании (P03.1; 064.8)

г) Тяжелое родоразрешение с помощью щипцов (P03.2; 081.3)

д)—

6. (МКБ-10, т. 2, с. .102): При нормально протекающей беременности, за исключением многоводия, у женщины 30 лет родился мертвый ребенок с анэнцефалией, массой 1500 гр.

Основное заболевание: Анэнцефалия.

Осложнение:—

Непосредственная причина смерти: Анэнцефалия.

Патология беременности: Многоводие.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

а) Анэнцефалия (Q00.0)

б)-

в) Многоводие (O40)

г)-

д) –

7. (МКБ-10, т. 2, с. 105): Живорожденный, смерть в возрасте 2-х дней.

Основное заболевание: Травматическое субдуральное кровоизлияние.

Осложнение: Отек и набухание мозга с вклинением в шейную дуральную воронку.

Непосредственная причина смерти: Мозговая кома.

Патология беременности и родов: Тяжелая преэклампсия. Переношенная беременность. Родоразрешение с помощью щипцов.

Медицинское свидетельство о неринатальной смерти.

а) Травматическое субдуральное кровоизлияние (P10.0)

б) Внутриутробная гипоксия (P20.9)

в) Родоразрешение с помощью щипцов (P03.2; 081.3)

г) Тяжелая преэклампсия (P00.0; 014.1)

д) Переношенная беременность (P08.2).

8. (В.Л. Коваленко, 1995, с. 150): Женщина 28 лет, 2-е роды, во время которых не прослушиваются тоны сердца плода. Родился мертвый ребенок с наличием разрывов сосудов пуповины при оболочечном ее прикреплении.

Основное заболевание: Интранатальная асфиксия плода.

Осложнение:—

Непосредственная причина смерти: Асфиксия (аноксия) плода.

Патология беременности и родов: Разрыв сосудов пуповины при оболочечном ее прикреплении.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

а) Интранатальная асфиксия плода. (Р20.1)

б) -

в) Разрыв сосудов пуповины при оболочечном ее прикреплении. (Р02.6; 043.1)

г) —

д)-

9. (М.А. Пальцев и соавт., 2002, с. 205): Ребенок женского пола на 6-е сутки жизни.

Основное заболевание: Внутриутробный хламидиоз (иммунофлюоресцентная микроскопия — свечение альвеолоцитов при обработке гистологических срезов противохламидийной сывороткой): гранулематозно-экссудативный менингохориоидит, интерстициально-десквамативная пневмония с оксифильными включениями в альвеолоцитах, интерстициальный панкреатит, продуктивный перифлебит пупочной вены.

Осложнение: Легочные гиалиновые мембраны. Левосторонняя деструктивная пневмония (бактериоскопически: клебсиелла).

Непосредственная причина смерти: Пневмония.

Сопутствующее заболевание: Недоношенность степени (масса 2250 гр, рост 47 см, гестационный возраст 35 нед.).

Патология последа: Продуктивно-экссудативный виллузит, базальный лимфоцитарный децидуит.

Патология матери: Многократная угроза прерывания беременности. Острая респираторная инфекция в сроке 27-28 нед. беременности.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

а) Внутриутробный хламидиоз (Р37.8)

б) Легочные гиалиновые мембраны, пневмония (Р22.0)

в) Виллезит, лимфоцитарный децидуит (Р02.7)

г) ОРВИ в сроке 27-28 нед. беременности (Р00.2; 098.8), многократная угроза прерывания беременности (О99.8)

д) Кесарево сечение (082.1)

4.6. Правила выдачи медицинского свидетельства о смерти

Медицинское (врачебное) свидетельство о смерти (МСоС) заполняется в соответствии с требованиями МКБ-10, нормативных документов МЗ РФ, исходя из конструкции и терминологии патологоанатомического диагноза

(НАД) или заключительного клинического диагноза (ЗКД), если вскрытие не производилось.

В связи с тем, что врачебное свидетельство о смерти является одновременно медицинским, статистическим и юридическим документом, бланки свидетельств о смерти являются документами особой отчетности, со строгим соблюдением правил их хранения, заполнения и учета. Записи в медицинском свидетельстве о смерти соответствовать *НАД,* заключению о причине смерти и др.

Бланки и корешки МСоС должны храниться в патологоанатомическом отделении (ПАО) в специальном сейфе вместе с неиспользованными сброшюрованными бланками и журналом по учету и выдаче бланков в течение 5-ти лет после окончания календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями. Неправильно заполненные экземпляры свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркивают, делают запись «испорчено» и оставляют в сброшюрованной книжке бланков.

В случае смерти больного в стационаре, МСоС подписывается врачом-патологоанатомом (кроме случаев передачи тела умершего на судебно-медицинскую экспертизу) после патологоанатомического вскрытия или на основании ЗКД в медицинской карте стационарного больного (истории болезни), если вскрытие не проводило просьбе родственников умершего, на основании ст. 5 Закона о погребении и похоронном деле и ст. 48 Основ, и с разрешения администрации ЛПУ. В этом случае на лицевой части истории болезни, доставленной в ПАО, должна быть виза главного врача или иных руководителей ЛПУ «Выдать без вскрытия», согласно п. 2 Положения Приказа МЗ РФ от 29.04.94 г., № 82. На умерших вне стационара оформляется протокол осмотра врачом ССМП или территориальной поликлиники, врачом-судмедэкспертом и сотрудником органов милиции. Если исключены причины проведения судебно-медицинской экспертизы (труп не имеет гнилостных изменений), то МСоС оформляется врачом поликлиники по месту наблюдения больного.

В случае невозможности оформления МСоС в поликлинике (не стоял на учете, длительное время не наблюдался и др.) труп направляется в ПАО на вскрытие, с направлением и медицинской картой амбулаторного больного (амбулаторной картой). Запрещается выдача МСоС заочно и без личного установления врачом (средним медицинским работником) факта смерти.

Свидетельство о смерти выдается родственникам умершего (его законным представителям) сразу после патологоанатомического вскрытия или после поступления истории болезни в ПАО (если вскрытие не проводятся). Оно может быть выдано с пометкой «окончательное», «предварительное», «окончательное вместо предварительного или окончательного». Это необходимо для того, чтобы не задерживать регистрацию смерти в органах ЗАГСа. Выдача МСоС может быть задержана в ПАО на срок не более 2-х суток с момента установления причины смерти (п. 1 ст. 8 Закона о погребении и похоронном деле).

Врачом-патологоанатомом ПАО заполняются пункты о причине смерти и их коды, а остальные пункты оформляются лаборантом или другим сотрудником отделения.

МСоС выдается из ПАО специально уполномоченным сотрудником родственникам (законным представителям) умершего только при предъявлении ими паспорта умершего и паспорта получателя свидетельства и под его роспись на корешке. Паспортные данные получателя обязательно заносятся на корешок МСоС, который остается в ПАО, и в соответствующий журнал. При отсутствии паспорта могут быть предъявлены документы, юридически заменяющие паспорт.

В отдельных случаях допускается повторная выдача МСоС взамен утерянного родственниками (законными представителями) по их письменной просьбе. При этом выдается свидетельство с новым номером, с соответвующей записью в журнале учета и выдачи врачебных свидетельств о смерти, а также информируют территориальные органы внутренних дел.

Труп из ПАО выдается родственникам (законным представителей) только на основании МСоС (за исключением передачи трупа на судебно-медицинскую экспертизу).

При отказе родственников (законных представителей) от захоронения умершего (невостребованные трупы) или утери ими уже выданного свидетельства о смерти выписывается новое свидетельство, которое регистрируется в органах ЗАГСа представителями ЛПУ, в котором умер больной. Захоронение осуществляется за счет средств города (иного муниципального образования) специальной организацией по истечению не более 14 суток 2 ст. 8 Закона о погребении и похоронном деле). В каждой патологоанатомической организации должны быть внутренние приказы, регламентирующие правила работы со свидетельствами о смерти в соответствии с приказами МЗ РФ.

Территориальные амбулаторно-поликлинические учреждения, которые оформляют медицинские свидетельства на умерших вне стационаров, если не требуется проведения патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия, в своей работе с МСоС должны руководствоваться теми же приказами МЗ РФ. Таким образом, выполнение требований МКБ-10 по Шифровке (кодированию) первоначальной причины смерти и оформлению медицинского свидетельства о смерти будет свидетельствовать об эффективной работе патолоанатомической службы и позволит получить достоверные данные о причинах смертности населения России.

Примечания:

1. Практические проблемы по кодированию первоначальной причины смерти разъясняются в информационно-методическом письме МЗ РФ «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины», М., 2002. 41 с. (Е.П. Какорина и соавт.), в Методических рекомендациях Департамента здравоохранения г. Москвы (О.В. Зайратьянц и соавт., 1999, 2001, 2003). ,

2. Кодирование первоначальной причины смерти при новообразованиях отражено в Методических рекомендациях МЗ РФ «Основные принципы выбора и кодирования первоначальной причины смерти больных со злокачественными новообразованиями» — Составители: В.В. Старинский, Г.А Франк, Е.П. Какорина и др. — М., 2002.37 с.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Учитывая, что задачами патологоанатомической службы (ПАС) являются установление «окончательного» диагноза болезни, кодирование первоначальной причины смерти, оформление Медицинского свидетельства о смерти, сопоставление клинического и патолого-анатомического диагнозов, причин расхождения диагнозов, то от объективности работы службы зависит не только формирование достоверной государственной статистики смертности, но и добросовестная оценка качества диагностики и лечения в ЛПУ.

Поэтому только после проведения патологоанатомического вскрытия у врачей-клиницистов появится законная возможность доказать свою невиновность в случае, если у родственников или страховых медицинских организаций появятся сомнения в надлежащем оказании ими медицинской помощи.

Обязательность правовой подготовки медработников регламентирована ст. 54 Основ, но ее повсеместное невыполнение не позволяет применять уже имеющиеся правовые нормы, что чревато возникновением ответственности медицинских работников, в т.ч. и перед недобросовестными пациентами.

Автору хотелось бы надеяться, что включенные в справочник нормативные документы позволят в какой-то мере компенсировать недостаток правовой информации и дадут возможность всем медицинским работникам, в т. ч. работникам ПАС, осуществлять надлежащее выполнение должностных и профессиональных обязанностей, проявлять должную заботливость и необходимую осмотрительность по отношению к больным людям.

Не вошедшие в книгу документы можно найти в общероссийской сети распространения правовой информации «Консультант-плюс», в т.ч. перечень медицинской документации ПАС и учетные формы ее работы (Приказа МЗ СССР от 04.10.80 г., № 1030; Комитета здравоохранения Правительства г. Москвы от 21.07.97 г., № 219; МЗ РФ от 07.08.98 г., № 241.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ

(Приложение к Приказу МЗМП от 29.04.1994 г., № 82)

I. Общие положения.

1. Патологоанатомическое вскрытие производится в патологоанатомических бюро и отделениях лечебно-профилактических учреждений строго в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Положением.

2. В случаях смерти от насильственных причин или подозрений на них, от механических повреждений, отравлений, в том числе этиловым алкоголем, механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта, произведенного вне лечебного учреждения, а также при неустановленности личности умершего труп подлежит судебно-медицинскому исследованию.

3. При вскрытии трупа, не допускается обезображивание открытых частей тела.

II. Порядок назначения и проведения вскрытий трупов умерших в стационаре.

1. Все трупы больных, умерших в стационаре от ненасильственных причин, подвергаются вскрытию, кроме случаев, предусмотренных статьей 48 «Проведение патологоанатомических вскрытий» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, а именно по религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни.

2. Разрешение на выдачу трупа без вскрытия принадлежит главному врачу или его заместителю по лечебной работе, а в период отсутствия — дежурному врачу больницы.

Об отмене вскрытия главный врач (заместитель, дежурный врач) дает письменное указание в карте стационарного больного с обоснованием причины отмены вскрытия.

3. Отмена вскрытия не допускается:

3.1. При невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти, вне зависимости от продолжительности пребывания больного в стационаре.

3.2. При подозрении на передозировку или непереносимость лекарств или диагностических препаратов.

3.3. В случаях смерти:

— связанных с приведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий во время или после операции переливания крови;

— от инфекционного заболевания или подозрений на него;

— от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

— от заболевания, связанного с последствиями экологических катастроф;

— беременных, рожениц и родильниц (включая последний день послеродового периода).

3.4. Требующих судебно-медицинского исследования.

4. Патологоанатомическое вскрытие разрешается производить в любые сроки после констатации биологической смерти врачами лечебного учреждения.

5. Патологоанатомическое вскрытие трупов больных производится только при представлении в морг одновременно с трупом истории болезни или родов, оформленной в установленном порядке.

История болезни или родов, представляемая для патологоанатомического исследования, должна содержать заключительный клинический диагноз с датой его установления, посмертный эпикриз, подлинники материалов проведенных исследований (рентгенограммы, ЭКГ, лабораторные анализы, карты анестезиологических и реанимационных пособий и пр.), визу главного врача или его заместителя с указанием цели направления (на патологоанатомическое вскрытие, судебно-медицинское исследование, сохранение и др.).

6. Истории болезней умерших за предшествующие сутки передаются в отделение (бюро) не позднее 10 часов утра.

7. История болезни с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом не позднее 10 дней после вскрытия передается в медицинский архив больницы. История болезни может быть задержана на более длительный срок только по специальному разрешению главного врача или его заместителя.

8. При выявлении во время патологоанатомического вскрытия признаков насильственной смерти или подозрений на нее.

8.1. Патологоанатом обязан:

— прекратить вскрытие и незамедлительно поставить об этом в известность главного врача или его заместителя;

— принять меры к сохранению трупа, его органов и тканей для дальнейшего судебно-медицинского исследования;

— оформить на проведенную часть прерванного патологоанатомического вскрытия протокол по общепринятой форме с обоснованием передачи трупа для производства судебно-медицинского исследования.

8.2. Главный врач (заместитель, дежурный врач) обязан:

— немедленно сообщить в прокуратуру или районное отделение милиции о выявлении признаков насильственной смерти или подозрении на нее и обеспечить дальнейшие действия, согласуясь с их распоряжениями;

— обеспечить возможность своевременного и полноценного проведения бактериологического или вирусологического исследования.

9. Проведение судебно-медицинского вскрытия трупов лиц, умерших в стационарах, возможно в помещении патологоанатомического отделения данного лечебного учреждения штатным или другим судебно-медицинским экспертом, уполномоченным на это соответствующими органами.

10. При выявлении на вскрытии острого инфекционного заболевания или подозрении на него, патологоанатом обязан:

10.1. Незамедлительно поставить в известность об этом главного врача или его заместителя, а в их отсутствие — ответственного дежурного больницы.

10.2. Оформить экстренное извещение об инфекционном заболевании (форма 058/У), направить его предварительно передав телефонограмму, в территориальный центр санитарно-эпидемиологического надзора.

10.3. Произвести забор материала для бактериологического или вирусологического исследования с оформлением необходимой документации.

10.4. Принять меры к недопущению распространения инфекции, предусмотренные соответствующими документами.

11. При патологоанатомическом вскрытии обязательно присутствие лечащего врача.

Каждый случай неисполнения этой обязанности лечащим врачом рассматривается главным врачом или его заместителем с принятием, при отсутствии уважительной причины, соответствующих дисциплинаных и других мер.

III. Порядок направления и проведения патологоанатомического вскрытия трупа взрослого человека, умершего вне стационара.

1. Амбулаторно-поликлиническое учреждение обязано:

1.1. Констатировать факт смерти человека, наступившей вне стационара, и выдать врачебное свидетельство о смерти.

1.2. В случаях смерти, определенных в пункте 3 раздела 2, направить труп на патологоанатомическое исследование.

2. При направлении на патологоанатомическое вскрытие трупа амбулаторно-поликлиническое учреждение прилагает следующую сопроводительную документацию:

2.1. Бланк-направление на патологоанатомическое вскрытие, заполненный в соответствии е установленным порядком.

2.2. Медицинскую карту амбулаторного больного с записью о констатации смерти и заключительным клиническим диагнозом, посмертным эпикризом.

2.3. В предусмотренных случаях протокол осмотра трупа сотрудником милиции или представителем следственных органов.

3. Врач-патологоанатом, проводивший вскрытие трупа, обязан внести в медицинскую карту амбулаторного больного патологоанатомический диагноз и клинико-анатомический эпикриз.

4. По истечении месяца после направления трупа на патологоанатомическое вскрытие амбулаторно-поликлиническое учреждение должно возвратить себе медицинскую карту амбулаторного больного и проанализировать результаты исследования.

5. В случае доставки трупа скорой медицинской помощью прилагается сопроводительный лист скорой помощи, протокол осмотра трупа сотрудником милиции или представителем следственных органов.

6. На случаи смерти взрослого человека в машине скорой медицинской помощи распространяется порядок проведения вскрытий трудов умерших в стационаре.

IV. Порядок вскрытия трупов мертворожденных и новорожденных.

1. Обязательному вскрытию и регистрации в протоколе патологоанатомического исследования подлежат все умершие в лечебных учреждениях новорожденные, а также мертворожденные массой 500 г и более, длиной тела 25 см и более» при сроке беременности 22 недели и более с оформлением протокола вскрытия, включая случаи после прерывания беременности по медико-генетическим и социальным показаниям. Врачебное свидетельство выдается на мертворожденных и умерших новорожденных детей с массой тела 1000,0 г и более, длиной тела 35 см и более (срок гестации 28 недель и более). На новорожденных с массой тела от 500,0 г до 999,0 г, длиной тела 25-34 см (срок гестации 22-27 недель) свидетельство выдается в случае, если они, прожили полных 7 суток.

2. Абортусы и мертворожденные в сроки беременности до 22 недель и массой менее 500 г вскрываются выборочно в научно-практических целях без оформления свидетельства о перинатальной смерти.

3. Трупы плодов и умерших новорожденных направляются на патологоанатомическое исследование вместе с последом, о каждом недоставленном последе необходимо сообщать главному врачу родильного дома и вышестоящим органам здравоохранения.

4. Одновременно в патологоанатомическое отделение доставляется история родов и история болезни новорожденного, содержащие посмертный эпикриз и заключительный клинический диагноз. Доставка всех трупов мертворожденных и новорожденных и их последов осуществляется не позднее 12 часов после родов мертворожденного или смерти новорожденного.

5. На вскрытии необходимо присутствие акушера и педиатра.

6. Врачебное свидетельство о перинатальной смерти оформляется в день вскрытия с указанием, является ли этот диагноз предварительным или окончательным. Если диагноз предварительный, то после проведения всего комплекса исследований секционного материала взамен предварительного должно быть выдано новое «окончательное» врачебное свидетельство о перинатальной смерти.

Протокол вскрытия составляется в день вскрытия.

Патологоанатомический диагноз и клинико-анатомический эпикриз формулируются на основании данных вскрытия и дополнительных исследо-

ваний, выполненных во время вскрытия. После завершения гистологического исследования, которое расшифровывает, уточняет, дополняет результаты вскрытия или обнаруживает невидимые макроскопические изменения, патологоанатомический диагноз может быть изменен и записывается как «Патологоанатомический диагноз после гистологического исследования».

7. Гистологическое исследование секционного материала и последов должно производиться во всех 100 процентах вскрытий в соответствии с инструкцией по унификации микроскопических методов исследования для патологоанатомов педиатрического профиля.

8. Патологоанатомическое исследование трупов плодов и новорожденных имеет особенности вскрытия черепа, позвоночника, передней части грудной клетки, живота, сердца, конечностей, описания признаков доношенности, недоношенности, переношенности:

— вскрытие следует начинать с тщательного осмотра трупа, фиксируя отклонения в строении тела, конфигураций головки, состояние родовой опухоли, кожи, Слизистых оболочек, полости рта и анального отверстия, определяя признаки доношенности, недоношенности и переношенности. Затем вскрывается и исследуется череп и головной мозг, органы брюшной и грудной полостей, органы забрюшинного пространства, позвоночник и спинной мозг, исследуются ядра окостенения. Все органы и железы внутренней секреции взвешиваются. Их масса сравнивается с нормой, свойственной данной массе тела плода и новорожденного.

Сосуды головного мозга не травмируются при правильной технике вскрытия черепа: ножницами с изогнутыми под углом браншами, когда внутренняя бранша направлена кнаружи. Особое внимание обращается на пупочное кольцо для чего срединный разрез на расстоянии 1-2 см от пупка направляется влево и вправо, ориентируясь на центр пупартовой связки и образуя треугольник. Приподнятый верхний угол треугольника позволяет обследовать пупочную вену. Затем ее пересекают и исследуют пупочные и внутренние подвздошные артерии, остаток урахуса; из их содержимого даже при отсутствии видимых изменений делают мазки для бактериологического и гистологического анализа;

— пупочные вены и артерии (вместе с ними остаток урахуса) и в некоторых случаях внутренние подвздошные артерии исследуются полностью на сериальных срезах, для чего сосуды рассекают на мелкие отрезки (0,5 см длиной), которые монтируются вертикально в одном парафиновом блоке;

— для определения гестационного срока плода рекомендуется исследование ядер окостенения: в дистальном эпифизе бедра (38 недель), в большом рожке подъязычной кости (28-32 недели), пяточной и таранной кости (25 недель), грудине (21-24 недели), верхнем эпифизе плеча (41-42 недели); а также измерение длины бедренной кости;

— при оценке патологоанатомических изменений необходимо выделять ятрогенную патологию, обусловленную реанимацией и интенсивной терапией, диагностическими манипуляциями.

9. Гистологическое изучение последа проводится в необходимом объеме: 10-12 кусочков из разных зон плаценты, включая очаги патологии и непораженные участки, 2 кусочка из пуповины и на высоте 2 см от плаценты, и у места ее перевязки, 2 полоски из плодных оболочек, скрученных в спирали, одна длиной 5 см возле плаценты, другая, длиной 7-8 см, с противоположной стороны, по месту разрыва. При подозрении на инфицированность последа можно увеличить число кусочков с материнской поверхности и сделать мазок для бактериологического и цитологического анализа.

V. Порядок вскрытия детских трупов.

1. Патологоанатомическому исследованию подлежат все трупы детей, умерших в лечебных учреждениях, в возрасте от 7 суток до 14 лет включительно.

2. При наличии признаков или при подозрении на насильственную смерть производится судебно-медицинское исследование.

3. В случаях смерти детей вне стационара при отсутствии признаков насильственной смерти вопрос о необходимости патологоанатомического исследования решается главным врачом лечебного учреждения, наблюдавшего данного ребенка при жизни;

4. Обязательному патологоанатомическому исследованию подлежат дети, умершие вне стационара при следующих обстоятельствах:

— от инфекционного заболевания ила при наличии подозрения на него;

— от онкологических заболеваний при отсутствии гистологической верификации опухоли;

— при заболеваниях, связанных с последствиями экологических катастроф;

— при синдроме «внезапной смерти» с максимальным гистологическим и бактерио-вирусологическим изучением органов.

VI. Ответственность медицинских работников.

Медицинские работники, допустившие нарушения порядка изъятия органов и (или) тканей у трупа, определенного статьями 8,10,15 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека», несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Начальник Управления медицинской помощи населению А.Л. Деменков

Начальник Управления охраны здоровья матери и ребенка Д.М. Зелинская

Зарегистрировано в Минюсте РФ 1 июня 1994 г. № 588

Приложение 2

ПОЛОЖЕНИЕ О ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ БЮРО

(Приложение № 1 к приказу МЗ СССР от 11.03:88 г. № 203)

1. Патологоанатомическое бюро является учреждением здравоохранения и подчиняется соответствующему органу здравоохранения.

1.1. Патологоанатомические бюро организуются, в области (крае), автономной, союзной республике, городе на базе существующих централизованных патолого-анатомических отделений, располагающих квалифицированными кадрами и необходимой материальной базой, при наличии не менее 15 врачебных должностей.

1.2. Патологоанатомические бюро имеют в своем распоряжении здания с определенной территорией, соответствующее медицинское оборудование и аппаратуру, транспортные средства, хозяйственный инвентарь и другое имущество.

Примечание: морги, в которых производится патологоанатомическое исследование трупов специалистами бюро на местах, остаются на бюджете соответствующих больниц, поддержание их в функционирующем состоянии обеспечивается главными врачами.

2. Патологоанатомические бюро находятся на бюджете соответствующего органа здравоохранения.

3. Штаты медицинского и другого персонала патологоанатомических бюро устанавливаются министрами здравоохранения союзных республик в установленном порядке.

4. Основная деятельность патологоанатомических бюро направлена на дальнейшее совершенствование лечебно-профилактической помощи населению путем улучшения прижизненной диагностики заболеваний, уточнение причин смерти, обеспечение достоверных данных государственной статистики причин смерти, повышение квалификации лечащих врачей и осуществление анализа дефектов диагностики и лечения. Патологоанатомические бюро используют методы интенсификации и рациональной организации труда, осуществляют унификацию исследований в секционном и биопсийном разделах работы с целью сокращения сроков патологогистологических исследований и повышения их качества.

5. Основными функциями патологоанатомических бюро являются:

5.1. Уточненная диагностика заболеваний на секционном, операционном и биопсийном материале путем проведения макро- и микроскопического, а при необходимости - бактериологического, вирусологического и биохимического исследований.

5.2. Установление причины и механизма смерти больного.

5.3. Анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов с обязательным обсуждением результатов во

врачебных коллективах больниц, а также в соответствующих органах здравоохранения.

5.4. Подготовка и проведение клинико-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях.

5.5. Срочное извещение органов здравоохранения о выявленных случаях острозаразных, в том числе особо опасных заболеваний в установленном порядке.

5.6. Оказание платных ритуальных услуг населению.

6. Патологоанатомические бюро являются базами подготовки врачей-патологоанатомов через интернатуру.

7. Патологоанатомическое бюро, являющееся республиканским (краевым, областным) организационно-методическим центром патологоанатомической службы, помимо указанных функций, выполняет следующие:

7.1. Оказывает организационно-методическую и консультационную помощь подразделениям патологоанатомической службы республики.

7.2. Разрабатывает предложения для соответствующего органа здравоохранения по совершенствованию патологоанатомической службы, повышению профессионального уровня врачей-патологоанатомов и лаборантов.

7.3. Изучает потребность патологоанатомической службы республики в медицинских кадрах, оборудовании, реактивах.

7.4. Обобщает и распространяет передовой опыт работы.

7.5. Проводит апробацию и внедрение современных методов патологоанатомического исследования.

7.6. Подготавливает и проводит совещания и конференции патологоанатомов.

7.7. Обеспечивает контроль за систематическим повышением квалификации врачей-патологоанатомов на кафедрах институтов усовершенствования врачей и на базе патологоанатомических лабораторий (отделов) научно-исследовательских институтов.

8. Патологоанатомическое бюро может иметь следующие структурные подразделения (в зависимости от профиля обслуживаемых лечебно-профилактических учреждений и объема работы):

— отделение общей патологии с гистологической лабораторией;

— отделение детской патологии с гистологической лабораторией;

— отделение инфекционной патологии с гистологической и вирусологической лабораторией;

— отделение биопсийных и цитологических исследований с лабораторией электронной микроскопии;

— организационно-консультативное отделение-архив;

— административно-хозяйственная часть;

— хозрасчетное отделение по оказанию ритуальных услуг населению.

Состав и площади помещений отделений патологоанатомического бюро должны соответствовать действующим санитарным нормам и правилам, а также требованиям СНиП (ВСН) и других нормативных документов для указанных помещений.

9. Патологоанатомическое бюро может иметь городские, районные, межрайонные отделения, которые организуются на базе городских, центральных районных, районных больниц с учетом местных условий: отдаленности от бюро, наличия квалифицированных кадров и достаточного объема патологоанатомических исследований.

10. Руководство деятельностью патологоанатомических бюро осуществляет на основе единоначалия начальник бюро, на должность которого назначается высококвалифицированный врач-патологоанатом, имеющий опыт практической и руководящей работы.

11. Патологоанатомические бюро в административно-хозяйственном отношении подчинены:

11.1. Областное, краевое патологоанатомическое бюро - областному, краевому отделу здравоохранения.

11.2. Республиканское патологоанатомическое бюро (автономной) республики — министерству здравоохранения соответствующей республики.

11.3. Городское патологоанатомическое бюро — городскому отделу или Главному управлению здравоохранения.

12. Организационно-методическое руководство деятельностью бюро и оказание им консультативной помощи осуществляет "Всесоюзный научно-методический центр патологоанатомической службы Научно-исследовательского института морфологии человека АМН СССР.

13. Патологоанатомические бюро пользуются правами юридического лица, имеют печати— гербовую, простые круглые мастичные и металлические и штамп с обозначением своего полного наименования.

14. Патологоанатомические бюро обязаны иметь правила внутреннего распорядка для сотрудников.

15. Патологоанатомические бюро ведут документацию и представляют отчеты по форме и в сроки, утвержденные Министерством здравоохранения СССР.

16. Патологоанатомические бюро в соответствии с действующим положением могут быть учебными базами медицинских институтов (факультетов), институтов (факультетов) усовершенствования врачей, средних медицинских учебных заведений, курсов специализации и усовершенствования.

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ СССР В.Ж. Калинин

Приложение 3

Положение о патологоанатомическом отделении (централизованном патологоанатомическом отделении) лечебно-профилактического учреждения

(Приложение №1 к Приказу МЗ СССР от 04.04.83г. №375)

1. Патологоанатомическое отделение (централизованное патологоанатомическое отделение) является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения.

2. Патологоанатомическое отделение (прозекторская) организуется в составе многопрофильных больниц (в том числе детских), инфекционных, психиатрических, онкологических больниц и диспансеров, исходя из числа вскрытий и исследований биопсийного и операционного материала в каждой из этих больниц (диспансеров), которые должны быть выполнены медицинским персоналом, предусмотренным для патологоанатомических отделений штатными нормативами (приложение №1 к приказу Минздрава СССР от 23 октября 1981 г. № 1095 «О штатных нормативах медицинского персонала патологоанатомических отделений (прозекторских)».

3. При наличии в городе нескольких больниц по решению соответствующих органов здравоохранения может быть организовано централизованное патологоанатомическое отделение в одной из больниц, штаты которого устанавливаются в соответствии с объемом работы, обеспечивающим вскрытия умерших и исследования биопсийного материала как в той больнице, в составе которой организовано централизованное отделение, так и в прикрепленных больницах (диспансерах), а также биопсийного и операционного материала из прикрепленных поликлиник. В столицах союзных и автономных республик, в краевых и областных центрах централизованные патологоанатомические отделения, как правило, организуются в составе республиканских, краевых и областных больниц. Соответствующая централизация детской патологоанатомической службы проводится для проведения вскрытий трупов умерших детей, новорожденных и мертворожденных, исследований биопсийного и операционного материала.

В центральных районных больницах патологоанатомические отделения организуются с учетом обследования всех вскрытий трупов умерших и исследований всего биопсийного и операционного материала из прикрепленных лечебно-профилактических учреждений района.

Для обеспечения обязательного присутствия лечащих врачей во время вскрытия трупов умерших больных, эти вскрытия при наличии необходимых условий могут проводиться в моргах соответствующих больниц (диспансеров) медицинским персоналом соответствующего централизованного патологоанатомического отделения.

Организация работы централизованных отделений должна предусматривать выполнение срочных биопсийных исследований в прикрепленных больницах (диспансерах) по их заявкам.

4. Централизованное патологоанатомическое отделение обеспечивает своевременный забор биопсийного материала из прикрепленных лечебно-профилактических учреждений и доставку им заключений.

Для выполнения соответствующей работы с прикрепленными лечебно-профилактическими учреждениями, централизованное патологоанатомическое отделение больницы должно иметь закреплённый за ним санитарный транспорт, использование которого не по назначению категорически запрещается.

5. Руководство больницы, в структуре которой имеется централизованное патологоанатомическое отделение, несет полную ответственность за обеспечение необходимых условий работы отделения, в т.ч. укомплектование медицинскими кадрами, материально-техническое оснащение, хозяйственное обеспечение и др.

6. Руководство прикрепленных больниц (диспансеров) в случаях производства вскрытий в больнице обязано обеспечить необходимые условия для вскрытия трупов умерших больных, а также срочных исследований биопсийного материала в условиях своих больниц (диспансеров), имея для этих целей соответствующие помещения, оборудование, аппаратуру, инструментарий и т.п. .

7. Основными задачами патологоанатомического отделения больницы (централизованного патологоанатомического отделения) являются улучшение прижизненной диагностики заболеваний с помощью исследований биопсий и операционного материала, и по данным вскрытий умерших больных; обеспечение достоверных данных о причинах смерти в государственной статистике о смертности населения; повышение квалификации медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь больным, путем:

7.1. Определения характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале.

7.2. Выявления на секционном, операционном и биопсийном материале острозаразных заболеваний.

7.3. Установления причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания.

7.4. Совместного обсуждения с врачами-лечебниками результатов вскрытий и гистологических исследований и постоянной консультативной помощи в вопросах патологии.

7.5. Анализа качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов.

7.6. Обобщения и анализа материала патологоанатомического отделения с обязательным обсуждением результатов во врачебных коллективах больницы (прикрепленных больниц), а также в соответствующих органах здравоохранения.

8. В целях решения основных задач персонал патологоанатомического отделения проводит макро- и микроскопические исследования, а при необходимости, обеспечивает взятие материала от трупов умерших для бактериоло-

гического и химического исследования, а также проводит гистологические исследования операционного и биопсийного материала, поступающего в отделение (каждый кусочек ткани, взятый для гистологического исследования, регистрируется и учитывается под отдельным номером) и секционного материала. С целью подготовки врачей-патологоанатомов широкого профиля, работающих в крупных централизованных отделениях, рекомендуется периодическая (по графику) работа врачей в различных разделах патологии (общая, инфекционная, детская патология, биоприйные исследования).

Патологоанатомическое отделение пользуется в своей работе при необходимости вспомогательно - диагностическими кабинетами и отделениями (рентгеновский кабинет, клиническая лаборатория и др.) больницы, в состав которой оно входит, и других учреждений здравоохранения.

9. Патологоанатомическое отделение должно иметь набор помещений, обеспечивающий необходимые условия и объем выполняемой работы.

10. Часы работы патологоанатомического отделения, порядок приема из отделений больницы трупов умерших, а также операционного и биопсийного материала, в т.ч. из прикрепленных лечебно-профилактических учреждений, вскрытий трупов умерших и срочных биопсийных исследований в прикрепленных больницах (диспансерах), а также порядок выдачи врачебных свидетельств о смерти и трупов умерших родственникам и сообщение результатов исследований в прикрепленные лечебно-профилактические учреждения устанавливаются руководителями соответствующих больниц.

11. На патологоанатомическое отделение (централизованное патологоанатомическое отделение) республиканской, краевой, областной и на централизованное патологоанатомическое отделение одной из городских больниц, патологоанатомическое отделение центральной районной больницы возлагается задача по оказанию патологоанатомической консультативной и методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям соответствующих территорий.

12. Штаты отделения устанавливаются в соответствии с действующими штатными нормативами.

13. Патологоанатомическое отделение больницы может быть базой подготовки и усовершенствования врачей-патологоанатомов и среднего медицинского персонала. ,

14. Отделение возглавляет заведующий, назначаемый и увольняемый в установленном порядке. Он руководит отделением на основе единоначалия и непосредственно подчиняется руководителю учреждения и его заместителю по медицинской (лечебной) части.

15. Отделение ведет утвержденную Минздравом СССР медицинскую документацию и представляет сведения о своей деятельности для включения в отчет лечебно-профилактического учреждения по ф. № 1.

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ СССР А.М. Москвичев

Приложение 4

ПОЛОЖЕНИЕ О НАЧАЛЬНИКЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО

(Приложение 2 к Приказу МЗ СССР от 11.03.88 г. № 203)

1. Начальник патологоанатомического бюро осуществляет руководство деятельностью патологоанатомического бюро на основе единоначалия.

2. Начальник патологоанатомического бюро назначается из числа высококвалифицированных врачей-патологоанатомов, имеющих опыт практической и руководящей работы, назначается и увольняется органом здравоохранения по подчиненности.

3. Начальник патологоанатомического бюро является главным внештатным патологоанатомом соответствующего органа здравоохранения.

4. Начальник патологоанатомического бюро руководствуется положением о патологоанатомическом бюро (приложение 1 к настоящему приказу), а также приказами, инструкциями, распоряжениями и. указаниями вышестоящих органов здравоохранения и действующим законодательством.

5. В соответствии с основными задачами патологоанатомического бюро его начальник разрабатывает, планирует и осуществляет проведение мероприятий, направленных на максимально полное патологоанатомическое обеспечение всех лечебно-профилактических учреждений административной территории (республики, края, области, города).

5.1. Обосновывает необходимость строительства новых зданий для патологоанатомической службы и место их расположения, капитальный ремонт и реконструкцию функционирующих зданий патологоанатомического бюро и его отделений.

5.2. Начальник патологоанатомического бюро имеет право обоснованной отмены распоряжения главного врача больницы о выдаче без вскрытия умершего в стационаре в соответствии с Приложением 5 к приказу Минздрава СССР от 4 апреля 1983 г. № 375 «Положение о порядке вскрытия трупов в лечебно-профилактических учреждениях».

5.3. Начальник патологоанатомического бюро планирует и обеспечивает приобретение для бюро и его отделений недостающего и замену изношенного медицинского оборудования, аппаратуры и автотранспорта.

6. Начальник патологоанатомического бюро осуществляет:

— систематический контроль за деятельностью отделений бюро с целью обеспечения своевременности, полноты и высокого качества патологоанатомических исследований;

— своевременную информацию руководителя соответствующего органа здравоохранения о выявленных дефектах в диагностике болезней и лечении больных;

— проведение научно-практических и консультационных конференций, совещаний врачей-патологоанатомов территории, клинико-

патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях;

— своевременно составляет соответствующий отчет о деятельности бюро по установленной форме;

— планирует и обеспечивает систематическое повышение квалификации врачей бюро;

— обеспечивает условия для подготовки врачей патологоанатомов через одногодичную интернатуру;

— несет ответственность за целесообразное расходование финансовых средств, материалов, реактивов и других материальных ценностей;

— несет ответственность за соблюдение трудовой дисциплины и повышение идейно-политического уровня сотрудников бюро.

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ СССР В.Л. Калинин

Приложение 5

ПОЛОЖЕНИЕ О ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЯХ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПАТОЛОГЭАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ) ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

(Приложение № 2 к Приказу МЗ СССР от 04.04.83 г. № 375)

I. Положение о должностных обязанностях заведующего патологоанатомическим отделением (централизованным патологоанатомическим отделением).

Заведующий патологоанатомическим отделением (централизованным патологоанатомическим отделением):

1. Организует и обеспечивает работу отделения, составляет план работы отделения (централизованного отделения) с распределением обязанностей между сотрудниками.

2. Организует и контролирует доставку в отделение биопсийных материалов и заключений по результатам их исследования в прикрепленные лечебно-профилактические учреждения.

3. Заведующий централизованным патологоанатомическим отделением в случаях выездов медицинского персонала в лечебные учреждения административной территории для проведения патологоанатомических вскрытий, срочных биопсий, консультации сложных случаев и проведения клинико-анатомических конференций, обследований патологоанатомических отделений, организует и контролирует эти выезды.

4. Составляет план работы отделения с распределением обязанностей между сотрудниками, назначает ответственных лиц за проведение производственных мероприятий.

5. Докладывает главному врачу больничного учреждения о каждом случае выявления во время вскрытия грубых врачебных ошибок и дефектов работы. Обеспечивает бактериологическое, вирусологическое и люминесцентное исследования во всех случаях, подозрительных на инфекционные болезни. В случаях обнаружения инфекционных заболеваний у умерших детей, могущих повлечь за собой вспышку внутрибольничной инфекции, сообщает об этом главному врачу соответствующей больницы.

В случае обнаружения инфекционных заболеваний у новорожденных, мертворожденных, сообщает главному врачу соответствующего роддома.

6. Составляет и направляет извещения (ф. № 058/у) в территориальную СЭС при выявлении нераспознанных и карантинных инфекционных заболеваний, острых детских инфекционных болезней, внутрибольничных и внутриутробных инфекций, случаев пищевых и острых профессиональных отравлений.

7. Обеспечивает своевременное и правильное составление врачебных свидетельств о смерти и выдачу их родственникам (передачу в установленных случаях свидетельств органам ЗАГСа), направление повторных свидетельств в органы ЦСУ.

8. Отбирает случаи, подлежащие разбору на клинико-патологических конференциях; вместе с заместителем главного врача по медицинской части составляет повестку, участвует в организации и проведении клинико-патологоанатомических конференций (консультация докладчиков, предварительный просмотр всех демонстрируемых анатомических и гистологических препаратов, диапозитивов и др.).

9. Проводит ежегодный анализ работы патологоанатомического отделения и представляет руководству лечебно-профилактического учреждения.

10. Контролирует правильность ведения медицинской документации, утвержденной Министерством здравоохранения СССР.

11. Руководит работой по составлению и постоянному пополнению коллекции микропрепаратов, созданию музея макропрепаратов и фототеки.

12. Организует и проводит конференции патологоанатомов отделения с обсуждением докладов и демонстрацией текущих материалов.

13. Консультирует врачей клинических отделений по вопросам целесообразности взятия биопсий, особенно срочных интраоперационных.

14. Участвует вместе с врачами отделения в научных конференциях больничного учреждения, а также заседаниях городского (областного) общества патологоанатомов и других научно-практических конференциях.

15. Организует повышение квалификации врачей и лаборантов отделения. С этой целью:

— организует и проводит периодически тематические занятия, в том числе по исследованию биопсийного материала;

— по патологоанатомической диагностике причин перинатальной смерти- и исследованию последа (плаценты, оболочек, пуповины);

— руководит освоением врачами и лаборантами новых гистологических и гистохимических методик и др. методов исследования, а также освоением новой аппаратуры;

— периодически проводит демонстрационные вскрытия с клинико-патологоанатомическим разбором их результатов.

16. Обеспечивает готовность работы отделения для проведения вскрытий умерших от особо опасных инфекционных заболеваний.

17. Отвечает за своевременное представление заявок на необходимые материалы, реактивы, инструментарий, оборудование, контролирует их расход и использование.

18. Несет ответственность за соблюдение сотрудниками отделения правил техники безопасности, противопожарной безопасности, хранения ядовитых, легковоспламеняющихся и дорогостоящих материалов, санитарно-гигиеническое состояние отделения.

19. Извещает главного врача в случае необходимости передачи трупа на судебно-медицинскую экспертизу и контролирует эту передачу.

II. Положение о должностных обязанностях врача патологоанатомического (централизованного патологоанатомического) отделения.

Проводит вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала (для отделений педиатрического профиля — вскрытие трупов детей, новорожденных, мертворожденных и последов с оболочками);

— при показаниях производит забор материала для специальных исследований: микробиологических, вирусологических, цитогенетических, биохимических;

— при необходимости производит срочное микроскопическое исследование секционного материала и другие дополнительные исследования;

— обеспечивает микроскопическое исследование секционного, операционного и биопсийного материалов в соответствии с утвержденными Минздравом СССР инструктивно-методическими указаниями; для врачей педиатрических централизованных патологоанатомических отделений согласно инструкции для патологоанатомов педиатрического профиля;

— обеспечивает, при необходимости, взятие соответствующего материала для вирусологического, бактериологического и цитогенетического исследований;

— оставляет макропрепараты для фотографирования, демонстрации на клинико-патологоанатомических конференциях или приготовления музейных препаратов, делая об атом соответствующую запись в протоколе (карте) патологоанатомического исследования (ф.№013/у);

— по ходу вскрытия и после него дает необходимые пояснения присутствующим лечащим врачам и формулирует патологоанатомический диагноз, клинико-патологоанатомический эпикриз и заключение о причине смерти;

— обеспечивает оформление протокола патологоанатомического исследования и медицинской карты стационарного больного сразу же после окончания вскрытия и записывает в них патологоанатомический диагноз, заключение о причине смерти больного и диагноз, указанный во врачебном свидетельстве о смерти;

— составляет развернутый клинико-патологоанатомический эпикриз, где обосновывает патологоанатомический диагноз, отмечает совпадение или расхождение его с клиническим диагнозом, в последнем случае указывает причину расхождения; для перинатальных вскрытий обосновывает связь болезни плода (новорожденного) с патологией родов, беременности матери;

— отмечает выявленные недостатки в диагностике, лечении, обследовании умершего больного и в ведении медицинской карты стационарного больного или другой медицинской документации, своей подписью удостоверяет правильность заполнения протокола вскрытия;

— заполняет врачебное свидетельство о смерти (ф. № 106/у) и перинатальной смерти, при обращении беседует с родственниками умершего, разъясняя им характер заболевания, приведшего к смерти;

— докладывает заведующему патологоанатомическим отделением о результатах вскрытия и о выявленных дефектах организационных, диагностических и лечебных мероприятий;

— производит совместно с лаборантом вырезку секционного материала, дает указания лаборанту о способах обработки его, методиках окраски, количестве гистологических препаратов;

— контролирует качество и сроки выполнения лаборантом заданной работы, оказывает ему методическую помощь;

— производит микроскопическое исследование гистологических препаратов, анализирует результаты дополнительных исследований (бактериологических, вирусологических и др.) и вносит соответствующие записи в протокол (карту) патологоанатомического исследования (ф. № 013/у);

— в случае изменения патологоанатомического диагноза после гистологического и других видов исследования, производит дополнительную запись в протоколе патологоанатомического исследования и медицинской карте стационарного больного, указывая окончательный патологоанатомический диагноз и одновременно направляет в органы ЦСУ новое свидетельство о смерти с отметкой «взамен предварительного» (не позднее, чем через две недели после выдачи предварительного свидетельства о смерти); в случае, если было выдано окончательное свидетельство о смерти, то заполняет новое свидетельство о смерти с надписью, сделанной от руки (взамен окончательного врачебного свидетельства о смерти);

— в неясных случаях консультирует препараты с другими врачами отделения и с заведующим отделением;

— проводит совместно с лаборантом макроскопическое описание присланных из клинических отделений органов и тканей и вырезает кусочки для гистологического исследования, дает указания лаборанту о способах фиксации, обработки, методике окраски и необходимом количестве микропрепаратов;

— производит микроскопическое исследование биопсийных препаратов, описывает гистологическую картину процесса и вносит патологоанатомический диагноз в «направление на патологогистологическое исследование» (ф. № 014/у); в случае диагностирования злокачественных новообразований, специфических инфекционных заболеваний, заболеваний, требующих гормональной терапии, и патологических процессов, требующих хирургического вмешательства, проведения лучевой или цитостатической терапии заключение подписывает заведующий отделением;

— при подготовке клинико-патологоанатомических конференций знакомится с литературой по обсуждаемому случаю, подготавливает демонстрационные материалы (диапозитивы, макро- и микропрепараты), составляет письменный текст или план доклада, представляет все подготовленные материалы заведующему отделением и консультируется с ним, а в необходимых случаях производит предварительное обсуждение материалов на конференции врачей отделения, делает сообщение на клинико-анатомической конференции и участвует в обсуждении.

Участвует в производственных, учебных и организационно-методических мероприятиях, проводимых в патологоанатомическом отделении:

— выполняет производственные поручения заведующего отделением;

— докладывает заведующему отделением о всех недочетах в производственной работе;

— отбирает и производит фотографирование макро- и микропрепаратов для музея, составляет аннотации и ведет картотеку.

III. Положение о должностных обязанностях лаборанта и фельдшера патологоанатомического (централизованного патологоанатомического) отделения.

1. Лаборант обязан в секционном разделе работы:

— помогать врачу оформлять документацию, связанную со вскрытием трупа;

— готовить необходимые фиксаторы;

— по ходу вскрытия или непосредственно после его окончания фиксировать и окрашивать мазки и отпечатки для бактериоскопии;

— помогать врачу в процессе взятия материала для бактериологического, вирусологического, биохимического и других исследований, оформлять направления на отправку материала в соответствующие лаборатории;

— следить за фиксацией взятого для микроскопии секционного материала;

— участвовать вместе с врачом в вырезке фиксированного материала, маркировать и сортировать вырезанные кусочки, регистрировать в рабочей тетради количество кусочков с указанием органов и тканей, количество срезов, методы окраски;

— производить заливку вырезанных кусочков в парафин, целлоидин, желатину и другие среды;

— готовить и маркировать блоки, наклеивая их на колодки;

— осуществлять точку и правку микротомных ножей;

— осуществлять резку материала на микротомах всех видов;

— помещать оставшиеся после резки целлоидиновые блоки в соответствующие консерванты, следить за их сохранностью в архиве в течение необходимого срока, указанного врачом;

— производить окраску срезов и приготавливать микропрепараты;

— под непосредственным руководством врача-патологоанатома приготавливать музейные макропрепараты (готовить фиксирующие смеси, осуществлять фиксацию, восстановление окраски, монтаж препарата и заключение его в среду).

2. При обработке биопсийного материала:

— принимает у санитаров доставленный на исследование из клинических отделений материал, проверяет соответствие материала записям в направлении, качество фиксации, расписывается в получении материала;

— записывает в журнал регистрации материалов и документов в гистологическом отделении все объекты, поступившие на исследование, с занесением в него всех данных, имеющихся в направлении (ф. № 190/у);

— готовит материал для макроскопического исследования и вырезки;

— заполняет бланк-направление под диктовку врача на макроскопическое описание объекта;

— маркирует вырезанные кусочки, регистрирует их количество и методы последующей гистологической обработки;

— готовит фиксаторы, растворы и красители;

— осуществляет точку и правку микротомных ножей;

— производит гистологическую обработку и готовит микропрепараты;

— вписывает в журнал (ф. № 190/у) результаты макроскопического н гистологического исследования, патологоанатомический диагноз, фамилию врача, производившего исследование и дату исследования (или подшивает копию бланка);

— выдает результаты исследования в соответствующие клинические отделения лечебного учреждения (под расписку старшей медсестре);

— принимает и регистрирует, в отдельном журнале все срочные биопсии;

— осуществляет срочное изготовление гистологических препаратов при интраоперационных биопсиях;

— после окончания исследования все биопсийные материалы (фиксированные ткани и органы, блоки, микропрепараты) помещает в архив и несет ответственность за порядок его хранения;

— готовит микропрепараты для коллекции;

— оформляет выдачу микропрепаратов из архива отдела по запросам в другие лечебные учреждения и контролирует их своевременное возвращение;

— осуществляет уход за приборами и аппаратурой;

— следит за соблюдением санитарно-гигиенического режима в помещениях отделения;

— осуществляет точку и правку микротомных ножей;

— ежемесячно отчитывается о проделанной работе (количество блоков, срезов, дополнительные методики окраски и пр.) перед заведующим отделением.

IV. Должностные обязанности санитара патологоанатомического (централизованного патологоанатомического) отделения.

Санитар принимает доставленные в патологоанатомическое отделение маркированные трупы умерших из клинических отделений базового и прикрепленных больничных учреждений;

— обеспечивает сохранность трупа в течение его пребывания в патологоанатомическом отделении;

— производит измерение роста и веса умерших;

—осуществляет необходимую транспортировку трупов внутри патологоанатомического отделения, а при наличии специального автотранспорта участвует в доставке трупов из прикрепленных больниц;

— готовит помещение, одежду, инструментарий, посуду и пр. для производства вскрытия и взятия материалов для микроскопического исследования; поставляет материал, взятый за время вскрытия, в специальные лаборатории по указанию врача-патологоанатома;

— во время вскрытия постоянно находится в секционной и помогает врачу; под наблюдением врача в процессе вскрытия производит распил костей черепа, при необходимости — позвоночника и других костей, взвешивает органы;

— по окончании вскрытия осуществляет туалет трупа и доставляет его в трупохранилище;

— перед выдачей трупа родственникам проверяет маркировку;

— одевает покойника, укладывает тело в гроб и выдает родственникам;

— производит регистрацию приема и выдачи трупа в специальной книге по установленной форме с обязательным указанием наличия зубных протезов и изделий из дорогостоящих металлов;

— ежедневно после окончания вскрытий производит влажную уборку секционного зала, предсекционной, траурного зала, трупохранилища, фиксационных. После вскрытия трупа умершего от инфекционного заболевания производит дезинфекцию помещения секционной, мелкого инвентаря и оборудования;

— систематически следит за исправностью инструментария и оборудования секционной, осуществляет точку инструментов;

— по распоряжению заведующего отделением или старшего лаборанта производит различные вспомогательные работы: мытье сильно загрязненной посуды, смыв микропрепаратов, перенос и установку баллонов и других тяжелых предметов; выполняет роль курьера, заготавливает колодки для блоков и пр.

— дежурит в патологоанатомическом отделении по установленному графику, во время дежурства выдает оформленное в установленном порядке свидетельство о смерти родственникам или сослуживцам покойного.

Примечание. В отделении уборку других помещений (не относящихся к секционному блоку) производят санитары, не занимающиеся вскрытием трупов (уборщица). Они же осуществляют смыв микропрепаратов, мытье сильно загрязненной посуды, очистку блоков, передачу оформленных медицинских карт стационарного больного в архив и другие необходимые работы (по распоряжению заведующего отделением, врачей-патологоанатомов и старшего лаборанта).

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ СССР А.М. Москвичев

Приложение 6

ПОЛОЖЕНИЕ О СПЕЦИАЛИСТАХ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ГИСТОЛОГИЯ»

(Приложение № 3 к Приказу МЗ РФ от 19.08.97 г. № 249, в ред. от 19.01.99 г., № 18; от 06.02.01 г., № 33)

1. Общие положения

1.1. К профессиональной деятельности в качестве специалиста в области гистологии допускаются лица, получившие среднее медицинское образование, диплом по специальности «Лабораторная диагностика» и сертификат по специальности « Гистология».

1.2. Специалист в области гистологии используется на должностях, соответствующих специальности «Гистология», назначается и увольняется с должности в соответствии с действующим законодательством.

1.3. В своей работе руководствуется законодательными, нормативными актами, официальными документами в области здравоохранения, приказами, указаниями и распоряжениями вышестоящих должностных лиц.

2. Обязанности

2.1. Работа в секционной и обработка трупного материала с выполнением всех требований, предъявляемых к выполнению этого раздела.

2.2. Гистологическая обработка операционного и биопсийного материала.

2.3. Оформление документации патологоанатомического отделения (лаборатории, бюро).

2.4. Выполнение требований трудовой дисциплины и соблюдение морально-правовых норм профессионального общения.

2.5. Осуществление контроля за деятельностью младшего медицинского персонала отделения.

2.6. Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях.

2.7. Регулярное повышение квалификации.

3. Права

3.1. Иметь доступ к информации, необходимой для профессиональной деятельности.

3.2. Участвовать в процессе совершенствования организации труда среднего и младшего медицинского персонала.

3.3. Внедрять передовой опыт, новые технологии в работу отделения.

3.4. Повышать квалификацию, аттестовываться на присвоение квалификационной категории.

3.5. Быть членом профессиональных ассоциаций.

4. Ответственность

Специалист за невыполнение своих профессиональных обязанностей несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством.

Начальник управления организации медицинской помощи населению А.Л. Вялков

Начальник управления охраны здоровья матери и ребенка Д.М. Зелинская

Начальник Департамента Государственного санитарно-эпидемиологического надзора А.Л. Моисов

Начальник управления обеспечения лекарственными средствами и медицинской техникой Т.Т. Кирсанова

Приложение 7

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ГИСТОЛОГИЯ)»

(Приложение № 4 к Приказу МЗ РФ от 19.08.97 г., № 249,
в ред. от 19.01.99 г., № 18; от 06.02.01 г., М» 33)

В соответствии с требованиями специальности в области гистологии специалист должен знать и уметь:

I. Общие знания и умения:

— профессиональное назначение, функциональные обязанности, права и ответственность;

— основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;

— основы медицинского страхования;

— организацию работы отделения в новых экономических условиях;

— нормативные документы, регламентирующие работу специалиста;

— методы гигиенического воспитания;

— систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности персонала, систему взаимодействия с учреждениями Госсанэпиднадзора;

— технику безопасности и охраны труда;

— организацию и ведение делопроизводства и основной медицинской документации патологоанатомического отделения (бюро);

— функциональные обязанности, права и ответственность среднего и младшего медицинского персонала;

— основы медицины катастроф;

— оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях;

— повышение профессионального уровня, знаний, умений, навыков.

П. Специальные знания и умения.

2.1. В секционном разделе работы:

— помогать врачу в оформлении документации, связанной с вскрытием трупа;

— готовить необходимые растворы фиксаторов, красок и дезинфицирующих средств;

— по ходу вскрытия или после него фиксировать и окрашивать мазки и отпечатки для бактериоскопии, помогать врачу в отборе материалов для бактериологического, вирусологического, биохимического и других дополнительных видов исследования трупного материала;

— оформлять направления, осуществлять отправку указанных материалов в соответствующие лаборатории;

— осуществлять фиксацию объектов, взятых при вскрытии;

— участвовать в вырезке кусочков для гистологического исследования, маркировать и сортировать вырезанные кусочки;

— регистрировать в рабочей тетради количество кусочков с указанием необходимого числа срезов и методов окраски;

— проводить заливку кусочков в парафин и другие среды, уметь работать на замораживающем микротоме;

— готовить и маркировать блоки;

— точить и править микротомные ножи, уметь работать на микротомах;

— владеть основными методиками окраски гистологических срезов и при необходимости использовать дополнительные диагностические окраски и реакции;

— приготавливать гистологические препараты для диагностической работы патологоанатома;

— сохранять материал в архиве;

— вести документацию секционной работы в соответствии с действующими требованиями и инструкциями;

— под руководством врача-патологоанатома готовить музейные макропрепараты;

2.2. Обработка операционного и биопсийного материала:

—принимать доставленный на исследование материал, проверять соответствие материала по записям направления, качество фиксации, расписываться в приеме материала;

— регистрировать в книге записей все объекты, поступившие на исследование с занесением туда данных, имеющихся в направительном бланке;

— подготавливать материал для макроскопического исследования и вырезки;

— записывать в бланк под диктовку врача макроскопическое описание объекта;

— маркировать вырезанные кусочки, регистрировать количество их и методы последующей гистологической обработки;

— готовить фиксаторы, растворы и красители;

— производить гистологическую обработку и приготавливать микропрепараты с помощью гистологических, гистохимических и иммуногистохимических методов;

— переписывать в книгу для регистрации биопсийных исследований (или подшивать копии) данные макроскопического и гистологического исследования, патологический диагноз, фамилию врача, производившего исследование, и дату исследования;

— выдавать под расписку результаты исследования в соответствующие отделения лечебного учреждения;

— принимать, обрабатывать и регистрировать все срочные биопсии;

— после окончания исследования все материалы: фиксированные ткани и органы, блоки, микропрепараты — помещать на хранение в архив и нести ответственность за порядок их хранения;

— приготавливать микропрепараты для коллекции и учебных целей;

— оформлять под расписку выдачу микропрепарата из архива по запросам в другие лечебные учреждения и контролировать их своевременное возвращение;

— осуществлять уход за приборами и аппаратурой;

— следить за соблюдением санитарно-гигиенического режима в помещениях отделений;

— вести учет и составлять ежемесячный отчет о проделанной работе (количество случаев, блоков, срезов, применявшихся методик, окрасок и др.).

2.3. Оформление документации:

— вести алфавитные и валовые книги секционного и операционного материала;

— получать истории болезни из отделений и сдавать их после оформления в архив больницы;

— регистрировать в книге вскрытий каждого умершего, поступившего в отделение, присваивать соответствующий номер каждому вскрытию, протоколу и заполнять паспортную часть протокола вскрытия и карту секции;

— проводить отдельную регистрацию всех умерших, не подвергшихся вскрытию по распоряжению главного врача больницы;

— регистрировать поступающий в патологоанатомическое отделение операционный материал, включая биопсийный, в книгу регистрации или заполнять бланк согласно инструкции по исследованию биопсийного и цитологического материала;

— организовывать выдачу под расписку результатов гистологического исследования материала в соответствующие лечебные отделения;

— при использовании диктофонов оформлять (печатать) протоколы вскрытия и результаты гистологического исследования биопсийного материала;

— вести .учет врачебных свидетельств о смерти и выдавать их родственникам;

— осуществлять брошюровку и хранение протоколов вскрытий и копий результатов гистологического исследования биопсийного и операционного Материала;

— делопроизводство и машинопись.

III. Манипуляции:

— работа на всех видах микротомов;

— работа на автоматах для обработки и заливки тканей;

— микрофотосъемка.

Начальник Управления организации медицинской помощи населению А.Л. Вялков

Начальник Управления охраны здоровья матери и ребенка Д.И. Зелинская

Начальник Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора А.Л. Монисов

Начальник Управления обеспечения лекарственными средствами и медицинской техникой Т.Т. Кирсанова

Приложение 8

ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ (ПРОЗЕКТОРСКИХ) ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

(Приложение 1 к Приказу МЗ СССР от 23.10.81 г., № 1095)

1. Врачебный персонал

1.1. Должности врачей-патологоанатомов устанавливаются из расчета 1 должность на:

— 200 вскрытий умерших в возрасте 15 лет и старше;

— 160 вскрытий умерших детей и мертворожденных;

— 4000 исследований биопсийного и операционного материала.

1.2. Должность заведующего отделением устанавливается в отделениях, которым полагается:

— до 5 должностей врачей-патологоанатомов — вместо 1 должности врача;

— свыше 5 до 10 должностей врачей-патологоанатомов - вместо 0,5-0,75 должности врача;

— свыше 10 до 15 должностей врачей-патологоанатомов — вместо 0,25-0,5 должности врача;

— более 15 должностей врачей-патологоанатомов — сверх должностей врачей.

2. Средний медицинский персонал

2.1. Должности лаборантов устанавливаются из расчета 1,5 должности на каждую должность врача-патологоанатома, полагающуюся в соответствии с п. 1.1.

2.2. Должности фельдшеров-лаборантов могут устанавливаться в пределах норматива должностей лаборантов, предусмотренного п. 2.1., в соотношении с лаборантами 2:1.

3. Младший медицинский персонал

3.1. Должности санитарок устанавливаются из расчета 0,7 должности на каждую должность врача-патологоанатома, но не менее 1 должности на отделение (прозекторскую).

3.2. По усмотрению органа здравоохранения в патологоанатомических отделениях, при необходимости приема умерших в течение суток из других лечебно-профилактических учреждений, могут дополнительно устанавливаться должности санитарок для обеспечения указанной работы в вечернее и ночное время, в общеустановленные выходные и праздничные дни.

Начальник планово-финансового управления В.З. Головтеев

Приложение 9

ИЗВЛЕЧЕНИЯ из Приказа МЗ РФ от 15.10.99 г., № 377
(в ред. от 17.11.2000 г., № 404)
«Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения)», с комментариями

Оплата труда производится в соответствии с квалификацией, стажем и выполняемыми обязанностями, что предусматривается трудовым договором или контрактом (ч. 1 ст. 64 Основ; ст. ст. 56-84 ТК). Предусматриваются компенсационные выплаты в процентах к должностному окладу (тарифной ставке) за вредные и опасные условия работы в ряде медицинских специальностей, а также иные льготы (ч. 2 ст. 64 Основ); оплата труда и компенсации также регулируются ТК (ст. ст. 129-158; ст. ст. 164-188).

Данным Приказом № 377, в соответствии с Постановлением Правительства от 14.10.92 г., № 785, утверждено:

1. «Положение об оплате труда работников здравоохранения РФ».

2. Приложение 1 к данному Положению «Показатели и порядок отнесения учреждений здравоохранения к группам по оплате труда руководителей».

3. Приложение 2 к Положению «Перечень учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает права работникам на повышение окладов (ставок) в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда».

4. Приложение 3 к Положению «Номенклатура должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим профессиональным образованием в учреждениях здравоохранения».

5. Приложение 4 к Положению «Порядок проведения тарификации работников учреждений здравоохранения» (3 формы).

6. Приложение 5 к Положению «Перечень организаций, производств и их структурных подразделений, работа в которых дает право на установление надбавок в размере 20 процентов оклада (тарифной ставки), за осуществление диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных больных, а также за работу, связанную с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека».

7. Приложение 6 к Положению «Перечень профессий высококвалифицированных рабочих, занятых на важных и ответственных работах, оплата труда которых может производится исходя из 9-10 разрядов ЕТС».

I. Положение об оплате труда работников здравоохранения.

Раздел 1. «Общие положения».

Бюджетные учреждения здравоохранения ПАС, в пределах выделенных ассигнований самостоятельно определяют виды и размеры надбавок, доплат и других выплат стимулирующего характера (ч. 5 раздела 1).

Раздел 2. Порядок определения окладов (ставок). 1. Ставки **и** оклады определяются на основе ЕТС (п. 2.1 данного раздела):

Разряды оплаты труда									
Тарифные коэффициенты	1,00	1,36	1,69	1,91	2,16	2,44	2,76	3,12	3,53
Разряды оплаты труда	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Тарифные коэффициенты	3,99	4,51	5,10	5,76	6,51	7,36	8,17	9,07	10,1

2. Тарифная ставка (оклад) 1-го разряда ЕТС, согласно п. 2.2, устанавливается федеральным Законом (Закон от 04.02.99 г., № 22-ФЗ; Постановление Правительства РФ от 18.03.99 г., № 309).

3. Сельским специалистам оклады (ставки) повышаются на 25% (п. 2.3).

4. Оклады заместителей устанавливаются на 10-20% ниже оклада соответствующего руководителя (п. 2.4).

Пример: Руководителю ПАБ, относящегося к IV группе учреждений, оплата его труда проводится по 15-му разряду ЕТС, но в связи с наличием у него 1-й квалификационной категории, оплата производится по 16-му разряду. Однако заместителю начальника ПАБ, также имеющему 1-ю квалификационную категорию, оплата труда будет меньше на 10-20% руководителя от разряда согласно группе учреждения, т.е., от 15-го разряда (15-й разряд по группе учреждения + увеличение на 1 разряд за наличие категории) и будет составлять 1034-1467 руб. (Т.Я. Власенко, 2003, стр. 177).

5. Оклады работникам устанавливаются по разрядам ЕТС (п. 2.5) и определяются по результатам тарификации (Приложение 4 к настоящему Положению). Высококвалифицированным рабочим, занятым на важных и ответственных работах, могут устанавливаться тарифные ставки исходя из 9-10 разрядов ЕТС по перечню, утверждаемому Правительством РФ от 14.10.92 г., № 785 (см. Приложение 6 к настоящему Положению).

6. Должностной оклад работников (п. 2.6), в частности, ПАС, занятых в опасных для здоровья и особо тяжелых условиях труда, формируется из оклада по разряду ЕТС и повышений к нему (см. Приложение 2 и 5 к данному Положению). Заработок работника предельными размерами не ограничивается.

7. Изменение размеров окладов (ставок) и надбавок за продолжительность непрерывной работы проводится в следующие сроки (п. 2.7):

— при изменении разряда оплаты-труда — согласно даты приказа по учреждению;

— при присвоении почетного звания «Народный врач» или «Заслуженный врач» — со дна присвоения;

— при присвоении квалификационной категория — согласно даты присвоения;

— при присуждении ученой степени кандидата или доктора наук — с даты решения диссертационного совета и после принятия ВАК решения о выдаче диплома;

— при изменении стажа непрерывной работы — с этого дня.

Раздел 3. Определение разрядов оплаты труда к тарифных коэффициентов по категориям работников

Согласно ЕТС персоналу ПАС устанавливаются следующие разряды:

1. Санитарка и иной младший медицинский персонал ПАС имеет 2-3 разряд (п. 3.1 данного разделе).

2. Средний медицинский персонал (п. 3.2):

2.1. Медицинский регистратор — 4-5 разряды (п. 3.2.1).

2.2. Медицинская сестра, лаборант — 6-10 разряды (п. 3.2.4), в т.ч.:

— без квалификационной категории — 6-7;

— имеющие 2-ю категорию — 7-8;

— имеющие 1-ю категорию — 8-9;

— имеющие высшую категорию — 9-10.

3. Фельдшер, фельдшер-лаборант — 8-11 разряды (п. 8.2.5), в т.ч.:

— без квалификационной категории — 8 разряд;

— имеющие 2-ю категорию — 9;

— имеющие 1-ю категорию —10;

— имеющие высшую категорию — 11.

4. Врачебный персонал — 9-14 разряды (п. 3.3), вмт.ч.:

4.1. Врач-интерн — 9 разряд (п. 3.3.1);

4.2. Врач-стажер — 10 (п. 3.3.2);

4.3. Врач-специалист (патологоанатом) (п. 3.3.3), имеет, согласно подпункта 3.3.5 (3.3.5.2), следующие разряды ЕТС:

— без квалификационной категории — 12;

— имеющие 2-ю категорию — 13;

— имеющие 1-ю категорию — 14;

— имеющие высшую категорию — 15.

5. Руководители ПАС, в зависимости от группы ЛПУ (п. 3.6) —14-18 разряды.

В связи с присуждением квалификационной категории, ученой степени и почетных званий разряды оплаты труда, установленные разделом 3 данного Положения увеличиваются на 1 разряд (п. 3.10):

— руководителям ЛПУ, их заместителям и главной медицинской сестре при получении ими 1-й квалификационной категории;

— врачам, в том числе руководителям, имеющим ученую степень кандидата медицинских (фармацевтических, биологических, химических) наук;

— врачам, имеющим почетное звание «Заслуженный врач».

На 2 разряда оплата труда увеличивается (п. 3.10):

— руководителям ЛПУ, их заместителям и главной медицинской сестре при получении ими высшей квалификационной категории;

— врачам, в том числе руководителям, имеющим ученую степень доктора медицинских - (фармацевтических, биологических, химических) наук;

— врачам, имеющим почетное звание «Народный врач».

6.Оклады руководителей ЛПУ, определенные по 18-му разряду ЕТС, увеличиваются по каждому из оснований, предусмотренных в п. 3.10 данного Положения, соответственно на 10 и 20% (п. 3.11).

7. Увеличение разрядов оплаты труда врачам, имеющим почетные звания «Заслуженный врач» или «Народный врач», производится только по основной работе (п. 3.12), а при наличии у работника 2-х почетных званий увеличение разряда проводится по одному из оснований (п. 3.12).

При определении разряда ЕТС квалификационная категория учитывается при работе по этой специальности (п. 3.13), а соответствующим руководителям - по специальности «Социальная гигиена и организация здравоохранения» (ч. 2, п. 3.13).

Примечание. У врачей-руководителей лишь в первые 3 года их работы в руководящей должности сохраняется имеющаяся категория, а затем они должны получать категорию по специальности «Социальная гигиена и организация здравоохранения». Доктора медицинских наук, занимающиеся лечебно-профилактической работой, имеют право на заочное присвоение им высшей квалификационной категории (Письмо МЗ РФ от 13.11.01 г., №2510/11568-01-32).

Раздел 4. Повышение окладов (ставок).

В связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда данным Положением к Приказу № 377 (п. 4.1 данного раздела) устанавливается, в т.ч., работникам ПАС:

1. Повышение размеров окладов (ставок) на 60, 40, 30, 26 и 15% (п. 4.1.1 данного Приложения), согласно перечня (см. Приложение 2 к настоящему Приказу).

2. Во всех случаях, упомянутых в данном разделе Положения, размер каждого повышения исчисляется из оклада (ставки), без учета других повышений, надбавок и доплат (п. 4.2.7 данного раздела, в ред. Приказа МЗ РФ от 17.11.2000 г., № 404)

Раздел 5. Доплаты.

1. Врачам-руководителям и их заместителям-врачам разрешается работа по специальности в этих учреждениях в пределах рабочего времени по основной должности в размере до 25% должностного оклада врача соответствующей специальности (п. 5.3 данного раздела).

2. За совмещение должностей (профессий), за увеличение объема выполняемых работ могут устанавливаться доплаты к должностным окладам (ставкам), согласно п. 5.5, но эти доплаты исчисляются из должностного оклада (ставки), без учета других надбавок и доплат (п. 5.5), при этом размеры доплат и условия их выплаты устанавливаются ЛПУ самостоятельно и фик-

сируются в коллективных договорах (п. 5.5 данного раздела) — см. также ст. 41; ч. 1, ст. 144; ст. 147 ТК.

Примечание. Согласно п. 5.6 Приложения 2, в доплаты за увеличение объема работ в рамках основного рабочего времени (применение так называемого принципа бригадной формы организации и оплаты труда с использованием КТУ, на основании Письма МЗ СССР от 27.11.87 г., № 02-14/112-14), не должна включаться профессиональная вредность в размере 25% за работу с особо опасными для здоровья и тяжелыми условиями труда, согласно п. 2.10 Приложения 2 к настоящему Положению.

Раздел 6. Надбавки.

1. Надбавки устанавливаются за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения (п. 6.1 данного раздела):

— веем работникам в размере 20% оклада (ставки) за первые 3 года и по 10% за каждые последующие 2 года непрерывной работы; но не более 30% оклада (п. 6.1.4);

— надбавка выплачивается по основной должности, исходя из оклада (ставки), установленной по разрядам оплаты труда ЕТС, но без учета повышений за работу в опасных для здоровья и особо тяжелых условий труда, других повышений, надбавок и доплат (п. 6.1.5);

— при работе по совместительству на штатных должностях медицинского персонала надбавка выплачивается и по совмещаемой должности в таком же порядке (ц. 6.1.6).

2. В порядок исчисления непрерывного стажа работы, дающего право на получение надбавок, включается (п. 6.2):

—время непрерывной работы как по основной, так и совмещаемой работе;

— время пребывания в интернатуре на базе клинических кафедр ВУЗов;

— время пребывания в клинической ординатуре, аспирантуре и докторантуре по клиническим специальностям в ВУЗах и НИИ;

— время заведования отделениями работниками ВУЗов и др.

3. Надбавки устанавливаются за условия труда (п. 6.3):

— работникам, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, в размере 20% к окладу (ставке), согласно Приложения 5 к настоящему Положению.

4. Надбавки стимулирующего характера, согласно п. 6.4, в пределах поделенных бюджетных ассигнований, работникам ПАС начисляются за оклад и предельными размерами не ограничиваются. Они устанавливаются на определенный срок, но не более. 1 года, приказом по ЛПУ и по согласованию с профсоюзом за применение в работе достижений науки, высокие показателя в работе, за напряженность в труде (при ухудшении показателей в работе надбавки могут отменяться).

5. Все надбавки исчисляются из оклада (ставки), без учета других повышений, надбавок и доплат (п. 6.5).

Раздел 7. Другие вопросы оплаты труда.

1. Премирование проводится в соответствии с Положением, утверждаемым руководителем ЛПУ по согласованию с профсоюзом, при наличии экономии ФОТ, в пределах бюджетных ассигнований, в т.ч. по итогам года, при этом размер премий не ограничивается (п. 7.6 данного раздела), согласно показателей работы ПАС.

I. Установление систем оплаты труда проводится по согласованию с выборным профсоюзным органом (п. 7.6).

II. Приложение 1 Положения Приказа 377 «Показатели и порядок отнесения учреждений здравоохранения к группам по оплате труда руководителей».

Оплата труда руководителей патологоанатомических бюро (институтов) устанавливается в зависимости от числа врачебных должностей:

— I группа - 301 и более;

— П — от 221 до 300;

— Ш — от 151 до 220;

— IV — от 66 до 150;

— V — от 8 до 65.

Примечание. Расчет количества врачебных должностей и иного медицинского персонала ПАУ определяется в зависимости от объема выполняемой работы, в соответствии с Приложением 1 Приказа МЗ СССР от 23.10.81 г., № 1095.

Ш. Приложение 2 к Положению Приказа 377 «Перечень учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает права работникам на повышение окладов (ставок) в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда».

В связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда устанавливается повышение их окладов (ставок):

1. Работникам туберкулезных учреждений и их структурных подразделений — на 15% (п. 11 Приложения 2 Положения Приказа 377).

2. Работникам патологоанатомичёских бюро (отделений, подразделений, институтов), отделений заготовки (консервации) трупных тканей, органов и крови — 25% (п. 2.10 Приложения 2 Положения Приказа 377).

3. Работникам, работа которых связана с непосредственным обследованием, диагностикой и другой работой с ВИЧ-инфицированными пациентами и больных СПИД — 60% (п. 5 Приложения 2 Положения Приказа 377).

Примечание 1. Работникам, занятым на работах с разными условиями вредности или опасности, предусмотренных п. 1 и 2 Перечня Приложение 2, оклады (ставки) повышаются лишь до 30% (см. Примечание 1 к разделу 1 Перечня).

Например: Основной медицинский персонал прозектуры, обслуживающий специализированную противотуберкулезную больницу, имеет основание на повышение окладов (ставки) на 15% по туберкулезу (п. 1.1 Приложе-

ния 2) и 25% патологоанатомической вредности (п. 2.10 Приложения 2). Однако повышение окладов (ставки) может быть не более 30 %, на основании примечания 1 к разделу 1 Перечня (Приложение 2 к Положения Приказа 377), при которых суммирование этих оснований допускается только до 30%.

Примечание 2. Основной медицинский персонал прозектуры, работающий с ВИЧ-инфицированными пациентами, имеет основание на повышение окладов (ставки) на 60% (п. 5 Приложения 2 Положения Приказа 377), 25% вредности за работу с трупами и трупным материалом (п. 2.10 Приложения 2 к Положению Приказа 377) и 20% надбавку за работу с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека (Приложение 5 к Положению Приказа 377). Однако такое повышение окладов (ставок) не может превышать 80%, так как льготы (размеры процентных повышений окладов или ставок), по основаниям, перечисленным в Приложении 2 , не суммируются (см. примечание 1 к разделу 1 Перечня — Приложение 2 к Положению Приказа 377).

Согласно примечания 2 к разделу 1 Перечня (Приложение 2 к Положению приказа № 377) в каждом учреждении, на основании этого Перечня, должен быть составлен и утвержден по согласованию с профсоюзным органом перечень должностей работников, которым с учетом конкретных условий работы может повышаться оклад (ставка), в том числе за каждый час работы в условиях, предусмотренных данным Перечнем (Приложение 2 к Положению Приказа № 377).

Приложение 10

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИКО-ПАГОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

(Приложение № 7 к приказу МЗ СССР от 04.04.83 г. № 375)

1. Основные задачи клинико-патологоанатомических конференций:

а) повышение квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений и улучшение качества клинической диагностики и лечения больных путем совместного обсуждения и анализа клинических и секционных данных;

б) выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, недостатков организационного характера, своевременности госпитализации, выявление недостатков в работе вспомогательных служб (рентгенологической, лабораторной, функциональной диагностики и т.д.).

2. На клинико-патологоанатомической конференции обсуждаются:

а) все случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;

б) все наблюдения, представляющие научно-практический интерес;

в) редкие наблюдения и необычно протекающие заболевания;

г) случаи лекарственных болезней и лекарственного патоморфоза заболеваний;

д) случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств, особенно тех больных, которые были госпитализированы по экстренным показаниям:

е) острые инфекционные заболевания;

ж) случаи запоздалой диагностики, трудные для диагностики заболевания, неясные случаи, требующие совместного обсуждения.

3. На одной из конференций обсуждается доклад о работе за предыдущий год заведующего патологоанатомическим отделением, в том числе и заведующего детским патологоанатомическим отделением, в котором должны быть предоставлены сводные данные о больничной летальности и анализ качества клинической диагностики и дефектов медицинской помощи на всех этапах лечения больного.

4. Клинико-патологоанатомическая конференция должна установить категорию расхождения клинического и анатомического диагнозов, руководствуясь при этом следующими положениями:

I — заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно-профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания больного в данном учреждении;

II — заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований; при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, но правильный диагноз мог и должен был быть поставлен;

Ш — неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

Только II и III категории расхождений клинического и патогоанатомического диагнозов имеют непосредственное отношение к лечебному учреждению, где умер больной. I категория расхождения диагнозов относится к тем лечебно-профилактическим учреждениям, которые оказывали медицинскую помощь больному в более ранние сроки его заболевания и до госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение, в котором больной умер. Обсуждение этой группы расхождений диагнозов должно быть либо перенесено в эти учреждения, либо врачебный персонал последних должен присутствовать на конференции в лечебном учреждении, где умер больной.

5. На клинико-патологоанатомических конференциях обязаны присутствовать все врачи данного лечебно-профилактического учреждения, а также врачи тех лечебно-профилактических учреждений, которые принимали участие в обследовании и лечении больного на предыдущих этапах.

6. Клинико-патологоанатомические конференции проводятся по плану в рабочее время, не реже одного раза в месяц.

В крупных больницах, кроме общебольничных конференций должны проводиться клинико-патологоанатомические конференции по группам соответствующих профильных отделений.

7. Повестка очередной клинико-патологоанатомической конференции доводится до сведения врачей лечебного учреждения не позднее, чем за 7 дней до конференции.

Подготовка клинико-патологоанатомической конференции осуществляется заместителем главного врача по медицинской части и заведующим патологоанатомическим отделением.

8. Для проведения клинико-патологоанатомической конференции руководителем лечебного учреждения назначаются два сопредседателя (клиницист и заведующий патологоанатомическим отделением), а также оппонент из числа наиболее квалифицированных врачей (терапевт или педиатр, хирург; патологоанатом и др.).

Для ведения протокола конференции назначаются два постоянных секретаря из состава врачебного коллектива.

Целесообразно не перегружать повестку конференции обсуждением более чем двух наблюдений.

9. Подлежащие разбору случаи докладываются лечащими врачами, патологоанатомом, производившим вскрытие умершего, рецензентом, анализировавшим по данным медицинской карты стационарного больного (для роддомов — история родив, история развития новорожденного) качество обследования больного, ведение медицинской документации, а затем обсуждаются

участниками конференции, в том числе врачами других специальностей, принимавшими участие в диагностике заболевания.

10. Руководство лечебно-профилактических учреждений на основании материалов, выводов и предложений клинико-патологоанатомических конференций разрабатывает и осуществляет мероприятия по предотвращению и ликвидации выявленных недостатков, допущенных в организации и оказании медицинской помощи больным.

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ СССР А.М. Москвичев

ПОЛОЖЕНИЕ О ЗАДАЧАХ И ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ КОМИССИЙ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ (КИЛИ)

(Приложение № 7 к Приказу ГМУ г. Москвы от 15.04.94 г. №182)

I. Общие положения.

Комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), созданные во всех лечебно-профилактических учреждениях, являются коллегиальным органом контроля качества лечебно-диагностического процесса на основе материалов, полученных при анализе летальных исходов.

Задачами КИЛИ являются:

1. В стационарах изучению на заседаниях КИЛИ подлежат все случаи летальных исходов, как после патологоанатомических, так и судебно-медицинских исследований, а также случаи летальных исходов» где по распоряжению администрации больницы не производилось патологоанатомическое исследование. В последних случаях анализируется не только качество лечебно-диагностического процесса, ведение медицинской документации, но и оправданность отмены патологоанатомического вскрытия.

2. В лечебно-профилактических учреждениях догоспитального этапа (поликлиники, амбулатории, медико-санитарные части) на заседаниях КИЛИ анализируются:

— все случаи летального исхода больных на территории, обслуживаемой данным догоспитальным лечебно-профилактическим учреждением, вне зависимости от того, производилось или нет патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование трупа;

— все случаи летального исхода больных в стационарах, если в данное догоспитальное лечебно-профилактическое учреждение поступила информация о допущенных в нем дефектах лечебно-профилактического процесса.

Задачей анализа, проводимого в случаях смерти больных дома, является:

а) соответствие диагноза и непосредственной причины смерти, выставленных врачами поликлиники во врачебном свидетельстве о смерти, медицинской документации, содержащейся в амбулаторной карте умершего больного;

б) соответствие оформления врачебного свидетельства о смерти, выданного данным ЛПУ, действующим положениям;

в) качество поликлинической медицинской документации, в том числе и качество оформления документов направления умершего больного на патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование;

г) дефекты лечебно-диагностического процесса, выявленные патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием: своевременность и достоверность прижизненной диагностики, адекватность лечения, проводившегося врачами данного догоспитального ЛПУ, своевременность направления больного на госпитализацию.

3. В стационарах предметом анализа летальных исходов являются:

а) соответствие заключительного клинического диагноза диагнозу, установленному патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием;

б) в случаях совпадения диагнозов проводится анализ своевременности установления диагноза основного заболевания и его важнейших осложнений, адекватность проводившегося лечения, качество ведения медицинской документации;

в) при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов выясняются причины диагностической ошибки, их категория.

4. В многопрофильных лечебных учреждениях создаются профильные КИЛИ (терапевтические, хирургические, неврологические, урологические и другие).

5. Председателем КИЛИ назначается соответствующим приказом главного врача наиболее авторитетный и квалифицированный врач-клиницист данного лечебного учреждения или научный сотрудник клинической кафедры, базирующейся в данном лечебном учреждении,

6. Приказом главного врача данного лечебного учреждения назначается также постоянный секретарь КИЛИ из числа врачей-клиницистов. В его обязанности входит своевременное оповещение участников КИЛИ о времени ее очередного заседания, ведение специального журнала регистрации заседаний КИЛИ. В журнале регистрируются даты заседаний КИЛИ, персональный состав ее участников, паспортные данные умерших больных и номера их историй болезни и протоколов вскрытия, заключения КИЛИ по каждому случаю летального исхода, обсуждавшемуся на данном заседании.

7. В состав КИЛИ входят ее постоянные члены — заведующие отделениями данного лечебного учреждения, участие которых в работе обязательно.

8. Председатель КИЛИ назначает рецензентов, анализирующих и докладывающих результаты анализа секционных наблюдений, определяет состав работников параклинических служб, участие которых в данном заседании является обязательным. На заседаниях КИЛИ, при необходимости и с согласия главного врача или его заместителя по медицинской части, могут приглашаться врачи-консультанты из других лечебных учреждений, кафедр учебных медицинских институтов, сотрудники медицинских научно-исследовательских учреждений.

9. Приказом главного врача устанавливается фиксированный день и час работы КИЛИ, изменение которых допускается только с согласия главного врача или его заместителя по медицинской части.

10. Участие в работе КИЛИ всех приглашенных на ее заседание врачей данного лечебного учреждения строго обязательно.

11. Ответственность за своевременность и качество проведения заседаний КИЛИ возлагается на ее председателя.

П. Порядок работы КИЛИ.

1. Председатель КИЛИ не позднее, чем за 10 дней до заседания, передает в соответствующие лечебные отделения истории болезни больных, умерших в этих отделениях за установленный период времени.

2. Заведующий отделением проводит с врачами данного отделения обсуждение историй болезни умерших больных, переданных ему председателем КИЛИ. Результаты этого обсуждения фиксируются в специальных картах разбора и вклеиваются в соответствующие истории болезни.

3. Истории болезни с картами разбора передаются внешнему для данного отделения рецензенту не позднее 7 дней до дня заседания КИЛИ.

4. Рецензент в специально утвержденной в данном приложении «карте рецензента» оформляет результаты проведенного им анализа истории болезни, в резюме отмечает свою точку зрения на особенности течения, диагностики, лечения, вносит предложения, направленные на устранение выявленных им дефектов. При наличии грубых дефектов диагностики и лечения, допущенных на предшествующих этапах, рецензент обязан принять возможные меры для установления учреждения, в котором были допущены эти дефекты, внести эти данные в карту рецензента.

5. На заседаниях КИЛИ рецензент информирует комиссию об основных особенностях данного наблюдения, установленных им дефектах ведения больного и медицинской документации.

6. При наличии ошибок прижизненной диагностики, ее несвоевременности рецензент излагает свою точку зрения на причины диагностической ошибки, ее категорию.

7. Если точка зрения рецензента и врачей патолого-анатомического отделения на оценку качества диагностики и лечения совпадают, если у членов КИЛИ не имеется аргументированных возражений по этому вопросу, обсуждение случая завершается фиксированием принятого решения в журнале КИЛИ и клинико-анатомическом эпикризе.

8. При несовпадении точек зрения рецензента и врачей патологоанатомического отделения, при наличии аргументированных возражений членов КИЛИ возможны следующие варианты:

8.1. На данном заседании КИЛИ проводится обсуждение клинических и патологоанатомических материалов и, в случае согласования точек зрения, совместное решение фиксируется в журнале КИЛИ и клинико-анатомическом эпикризе.

8.2. Если согласия сторон достигнуть не удается, материалы разбора данного наблюдения передаются для повторного анализа в клиническое и патологоанатомическое отделения и вновь рассматриваются на очередном заседании КИЛИ.

8.3. При отсутствии согласия сторон и при повторном разборе на заседаниях КИЛИ, рассмотрение спорного случая летального исхода переносится на обсуждение лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), о чем в журнале КИЛИ и клинико-анатомическом эпикризе делается соответствующая запись.

9. Все случаи ошибок клинической диагностики, отнесенных к Ш категории, все случаи витально опасных ятрогенных осложнений после их обсуждения на заседаниях КИЛИ передаются в ЛКК, что также фиксируется в журнале КИЛИ и клинико-анатомическом эпикризе.

10. Резюме о результатах обсуждения каждого случая летального исхода, проведенного на заседании КИЛИ, вклеивается секретарем КИЛИ в историю болезни, аналогичное резюме фиксируется в журнале КИЛИ.

11. Председатель КИЛИ представляет администрации лечебного учреждения в письменном виде краткое резюме итогов работы каждого заседания КИЛИ для информации и принятия необходимых мер.

12. На очередном заседании КИЛИ ее председатель информирует членов КИЛИ о мерах, принятых администрацией лечебного учреждения по материалам предшествовавшего заседания КИЛИ.

Первый заместитель начальника ГМУ г. Москвы А.Л. Сельцовский

Приложение 12

ДОПОЛНЕНИЕ К ВРЕМЕННОМУ ПОЛОЖЕНИЮ О ЛЕЧЕБНО-КОНТРОЛЬНОЙ КОМИССИИ (ЛКК) (ПРИЛОЖЕНИЕ № 3 К ПРИКАЗУ N2 391 ГЛАВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСГОРИСПОЛКОМА ОТ 31.08.87 Г.)

(Приложение №8к Приказу ГМУ г. Москвы от 15.04.94 г. № 182)

I. Общие положения.

1.1. Лечебно-контрольные комиссии, созданные во всех лечебно-профилактических учреждениях, являются органами оперативного контроля за состоянием лечебно-диагностического процесса, в том числе и на основании анализа материалов патологоанатомического исследования.

1.2. Анализ летальных исходов, осуществляемый на заседаниях ЛКК, существенно иной по сравнению с изучением летальных исходов на заседаниях комиссий по изучению летальных исходов (КИЛИ). Если на КИЛИ обязательному обсуждению подвергаются .все случаи смертельных исходов в данном лечебном учреждении, то на заседаниях ЛКК обсуждается лишь узкий круг наблюдений, требующих существенно более глубокого изучения, нередко с привлечением врачей-консультантов из других лечебных учреждений, кафедр и научно-исследовательских институтов. На основании такого анализа ЛКК принимает решения, имеющие рекомендательный характер, но позволяющие администрации данного лечебного учреждения оперативно решать важнейшие проблемы организационного характера, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса, на устранение условий для повторения его грубых дефектов, установленных на заседаниях ЛКК.

1.3. Существенно иной характер носит обсуждение случаев летального исхода на заседаниях ЛКК и клинико-анатомических конференциях. Заседания ЛКК, в отличие от клинико-анатомических конференций, могут проводиться незамедлительно, по выявлении необходимости углубленного анализа секционного наблюдения, не требуют присутствия подавляющего числа врачей данного лечебного учреждения»

1.4. Объектами анализа на ЛКК в случаях летального исхода, по преимуществу, являются:

а) все случаи ошибок прижизненной диагностики, квалифицированные по III категории;

б) все случаи витально опасных осложнений диагностических, хирургических, терапевтических, анестезиологических, реанимационных пособий (ятрогенные осложнения);

в) все случаи грубых лечебно-диагностических ошибок при ургентной патологии (хирургической, урологической, терапевтической, акушерской и иной);

г) все случаи, оставшиеся спорными после их обсуждения на заседаниях комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ).

II. Порядок работы лечебно-контрольной комиссии (ЛКК).

2.1. День и час заседания ЛКК, состав ее участников, повестка заседания, выбор и назначение рецензентов по случаям, подлежащим анализу, устанавливаются главным врачом данного медицинского учреждения, являющимся председателем ЛКК. В отдельных случаях, по специальному указанию главного врача, эти функции может выполнять его заместитель по медицинской части.

2.2. Постоянный секретарь ЛКК заблаговременно оповещает постоянных и приглашенных участников разбора о времени проведения заседания ЛКК, повестке заседания, передает рецензентам всю информации) и документацию, необходимую для проведения разбора.

2.3. Рецензент, назначенный для анализа конкретного случая, в письменном виде представляет свое суждение об анализируемом случае.

2.4. Рецензентом на ЛКК может являться врач- клиницист данного лечебного учреждения, сотрудник клинической кафедры или научного медицинского учреждения, базирующегося в данном лечебном учреждении.

2.5. Клиническая часть анализируемого наблюдения докладывается лечащим врачом; патологоанатомическая — врачом-патологоанатомом.

2.6. При необходимости проводится обсуждение представленных материалов. Основные положения всех докладчиков фиксируются секретарем ЛКК в специальном журнале заседаний ЛКК.

2.7. Председатель ЛКК подводит итоги обсуждения каждого случая, предлагает для утверждения проект решения.

2.8. В тех случаях, когда предметом обсуждения на ЛКК являлись случаи летальных исходов, оставшиеся спорными после их обсуждения на заседании КИЛИ, на заседании ЛКК проводится их обсуждение и, если удается достигнуть согласия сторон, решение ЛКК по данному случаю считается окончательным, фиксируется в журнале регистрации заседаний ЛКК, вносится в журнал регистрации заседаний КИЛИ и в клинико-анатомический эпикриз.' Если согласие сторон не достигнуто и на заседании ЛКК, то данный случай передается для обсуждения на клинико-анатомической конференции, что также фиксируется в журнале регистрации работы ЛКК, клинико-анатомическом эпикризе.

2.9. Решения, принятые ЛКК, доводятся до сведения врачебного персонала данного лечебного учреждения на врачебной конференции и на ближайшем заседании КИЛИ.

Первый заместитель начальника ГМУ г. Москвы А.Л. Сельцовский

Оглавление

От автора..3
Предисловие...5
Список сокращений...8
Введение...10
Глава I ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ...14
Глава II ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКИХ АБОТНИКОВ ……………………………….................................26
Глава III СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ, ПРАВИЛА СЛИЧЕНИЯ ДИАГНОЗОВ ……………………….......72
3.1. Структура диагноза при монокаузальном генезе заболевания и смерти ...75
3.1.1. Диагноз основного заболевания..75
3.1.2.Осложнение основного заболевания:……………………………...........81
3.1.3. Диагноз сопутствующего заболевания……………………………...........83
3.2. Структура диагноза при бикаузальном заболевании и генезе смерти.........86
3.2.1.Структура конкурирующего основного заболевания ……….....................88
3.2.2. Структура диагноза при сочетанном заболевании...................................91
3.2.3. Структура диагноза при сочетании основного заболевания с фоновым 95
3.2.4. Структура диагноза при мультикаузальном заболевании и генезе смерти.99
3.3. Требования к составлению клинико-анатомического эпикриза................. 104
3.3.1. При монокаузальном генезе...105
3.3.2. При бикаузальном генезе смерти (комбинированное сочетанное заболевание)... 107
3.3.3. При мультикаузального генезе смерти (ассоциации болезней и состояний)...109
3.5. Требования к сопоставлению (сличению) клинического и патологоанатомического диагнозов.. 111
Глава IV ТРЕБОВАНИЯ МКБ-10 ПО КОДИРОВАНИЮ ПРИЧИН СМЕРТИ И ОФОРМЛЕНИЮ СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ..118
4.1. Общая характеристика МКБ-10... 120
4.2. Основные правила МКБ-10 по определению и кодированию первоначальной причины смерти...134
4.3.Требования к заполнению медицинского свидетельства о смерти …………137
4.4. Правила кодирования основного заболевания при материнской смертности 143
4.5. Правила кодирования основного заболевания при детской смертности 148
4.6. Правила выдачи медицинского свидетельства о смерти..................160
Вместо заключения 165
ПРИЛОЖЕНИЯ...167
Приложение 1 Положение о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий... 167
Приложение 2 Положение о патологоанатомическом бюро.................................. 178
Приложение3 Положение о патологоанатомическом отделении (централизованном патологоанатомическом отделении) лечебно-профилактического учреждения………..183
Приложение 4 Положение о начальнике патологоанатомического бюро................189
Приложение 5 Положение о должностных обязанностях медицинского персонала патологоанатомического отделение (централизованного патологоанатомического отделения) лечебно-профилактического учреждения...192
Приложение 6 Положение о специалистах со средним медицинским образованием по специальности «гистология»..204
*Приложение 7*Квалификационная характеристика специалистов со средним медицинским образованием по специальности «гистология»...206
Приложение 8 Штатные нормативы медицинского персонала патологоанатомических отделений (прозекторских) лечебно-профилактических учреждений …………………………211
Приложение 9 Извлечения из Приказа МЗ РФ от 15.10.99 г., № 377 (в ред. от 17.11.2000 г., № 404) «Об утверждении Положения об оплате труда

работников здравоохранения», с комментариями.. 213

Приложение 10 Положение о порядке организации и проведения клинико-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях.......224

Приложение 11 Положение о задачах и организации работы комиссий по изучению летальных исходов (КИЛИ)...228

Приложение 12 Дополнение к временному положению о лечебно-контрольной комиссии (ЛКК) (приложение № 3 к приказу № 391 главного управления здравоохранения Мосгорисполкома от 31.08.87 г.)..234